

Urheberrechtliche Hinweise zur Nutzung Elektronischer Bachelor-Arbeiten

Die auf dem Dokumentenserver der Zentral- und Hochschulbibliothek Luzern (ZHB) gespeicherten und via Katalog IDS Luzern zugänglichen elektronischen Bachelor-Arbeiten der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit dienen ausschliesslich der wissenschaftlichen und persönlichen Information.

Die öffentlich zugänglichen Dokumente (einschliesslich damit zusammenhängender Daten) sind urheberrechtlich gemäss Urheberrechtsgesetz geschützt. Rechtsinhaber ist in der Regel¹ die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Der Benutzer ist für die Einhaltung der Vorschriften verantwortlich.

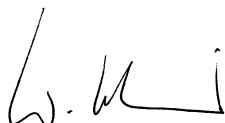
Die Nutzungsrechte sind:

- Sie dürfen dieses Werk vervielfältigen, verbreiten, mittels Link darauf verweisen. Nicht erlaubt ist hingegen das öffentlich zugänglich machen, z.B. dass Dritte berechtigt sind, über das Setzen eines Linkes hinaus die Bachelor-Arbeit auf der eigenen Homepage zu veröffentlichen (Online-Publikation).
- Namensnennung: Sie müssen den Namen des Autors/Rechteinhabers bzw. der Autorin/Rechteinhaberin in der von ihm/ihr festgelegten Weise nennen.
- Keine kommerzielle Nutzung. Alle Rechte zur kommerziellen Nutzung liegen bei der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit, soweit sie von dieser nicht an den Autor bzw. die Autorin zurück übertragen wurden.
- Keine Bearbeitung. Dieses Werk darf nicht bearbeitet oder in anderer Weise verändert werden.

Allfällige abweichende oder zusätzliche Regelungen entnehmen Sie bitte dem urheberrechtlichen Hinweis in der Bachelor-Arbeit selbst. Sowohl die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit als auch die ZHB übernehmen keine Gewähr für Richtigkeit, Aktualität und Vollständigkeit der publizierten Inhalte. Sie übernehmen keine Haftung für Schäden, welche sich aus der Verwendung der abgerufenen Informationen ergeben. Die Wiedergabe von Namen und Marken sowie die öffentlich zugänglich gemachten Dokumente berechtigen ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen und Marken im Sinne des Wettbewerbs- und Markenrechts als frei zu betrachten sind und von jedermann genutzt werden können.

Luzern, 16. Juni 2010

Hochschule Luzern
Soziale Arbeit



Dr. Walter Schmid
Rektor

¹ Ausnahmsweise überträgt die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit das Urheberrecht an Studierende zurück. In diesem Fall ist der/die Studierende Rechtsinhaber/in.

BACHELOR - ARBEIT

ICH BIN ANDERS

AD(H)S in der Kinderanimation

Mailies Pfachler



Bachelor - Arbeit

Soziokulturelle Animation

Kurs VZ09-02

Mailies Pfahler

ICH BIN ANDERS

AD(H)S in der Kinderanimation

Diese Bachelor - Arbeit wurde eingereicht im Januar 2013 in 4 Exemplaren zur Erlangung des vom Fachhochschulrat der Hochschule Luzern ausgestellten Diploms für Bachelor of Science mit Studienrichtung Soziokultur.

Diese Arbeit ist Eigentum der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Sie enthält die persönliche Stellungnahme des Autors/der Autorin bzw. der Autorinnen und Autoren.

Veröffentlichungen – auch auszugsweise – bedürfen der ausdrücklichen Genehmigung durch die Leitung Bachelor.

Reg. Nr.:

Vorwort der Schulleitung

Die Bachelor - Arbeit ist Bestandteil und Abschluss der beruflichen Ausbildung an der Hochschule Luzern, Soziale Arbeit. Mit dieser Arbeit zeigen die Studierenden, dass sie fähig sind, einer berufsrelevanten Fragestellung systematisch nachzugehen, Antworten zu dieser Fragestellung zu erarbeiten und die eigenen Einsichten klar darzulegen. Das während der Ausbildung erworbene Wissen setzen sie so in Konsequenzen und Schlussfolgerungen für die eigene berufliche Praxis um.

Die Bachelor - Arbeit wird in Einzel- oder Gruppenarbeit parallel zum Unterricht im Zeitraum von zehn Monaten geschrieben. Gruppendynamische Aspekte, Eigenverantwortung, Auseinandersetzung mit formalen und konkret-subjektiven Ansprüchen und Standpunkten sowie die Behauptung in stark belasteten Situationen gehören also zum Kontext der Arbeit.

Von einer gefestigten Berufsidentität aus sind die neuen Fachleute fähig, soziale Probleme als ihren Gegenstand zu beurteilen und zu bewerten. Soziokulturelles Denken und Handeln ist vernetztes, ganzheitliches Denken und präzises, konkretes Handeln. Es ist daher nahe liegend, dass die Diplomandinnen und Diplomanden ihre Themen von verschiedenen Seiten beleuchten und betrachten, den eigenen Standpunkt klären und Stellung beziehen sowie auf der Handlungsebene Lösungsvorschläge oder Postulate formulieren.

Ihre Bachelor - Arbeit ist somit ein wichtiger Fachbeitrag an die breite thematische Entwicklung der professionellen Sozialen Arbeit im Spannungsfeld von Praxis und Wissenschaft. In diesem Sinne wünschen wir, dass die zukünftigen Soziokulturellen Animatorinnen und Soziokulturellen Animatoren mit ihrem Beitrag auf fachliches Echo stossen und ihre Anregungen und Impulse von den Fachleuten aufgenommen werden.

Luzern, im Januar 2013

Hochschule Luzern, Soziale Arbeit

Leitung Bachelor

Abstract

In dieser Bachelor-Arbeit *ICH BIN ANDERS – AD(H)S in der Kinderanimation* erarbeitete die Autorin Mailies Pfaehler ein umfassendes Bild von AD(H)S bei Kindern im Grundschulalter. Neben den Grundlagen werden die Einflüsse aus der Mikroebene, der Mesoebene und der Makroebene beleuchtet beziehungsweise die Beeinflussungen von Gesellschaft, Schule und Familienverhältnisse auf AD(H)S. Die Werte und Normen einer Gesellschaft, der Leistungsdruck in der Schule und die Beziehungsverhältnisse innerhalb der Familie sind Faktoren, die auf AD(H)S Kinder Auswirkungen haben. Die Soziale Arbeit im Allgemeinen hat die Möglichkeit auf allen drei Ebenen zu agieren. Dabei fordert die Arbeit eine differenzierte Auseinandersetzung mit den individuellen, beruflichen sowie gesellschaftlichen Wert- und Normvorstellungen.

Mit dem Resilienzkonzept und den Möglichkeiten der Resilienzförderung erarbeitet die Autorin Handlungsoptionen für die Soziokulturelle Animation im Bereich Kinderanimation. In der direkten Arbeit mit den Kindern können in der Praxis Rahmenbedingungen und Gruppenprozesse so gestaltet werden, dass Kinder mit AD(H)S entsprechend integriert und ihre Kompetenzen gestärkt werden. Die Zusammenarbeit und in Ergänzung zu der Schule und anderen Fachbereichen unterstützt die Soziokulturelle Animation AD(H)S Kinder in ihrer ganzheitlichen Entwicklung. Auf gesellschaftlicher Ebene muss eine Sensibilisierung für das Thema AD(H)S stattfinden und auf politischer Ebene diskutiert werden. Hier kann die Soziokulturelle Animation eine zentrale Funktion übernehmen um Veränderungen im Umgang mit AD(H)S herbeizuführen.

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	4
Vorwort	5
1. Einleitung	6
1.1. Begriffsdefinitionen.....	7
1.2. Ausgangslage.....	8
1.3. Berufsrelevanz für die Soziokulturelle Animation	10
1.4. Zielsetzung und Adressatenschaft	10
1.5. Fragestellungen	11
2. Grundlagen zu AD(H)S.....	12
2.1. Was ist AD(H)S?.....	12
2.2. Kurzer geschichtlicher Umriss	14
2.3. Merkmale und Symptome von AD(H)S.....	15
2.4. Mögliche Ursachen für AD(H)S	18
2.5. Behandlungsformen.....	19
2.6. Kritische Sichtweisen zu AD(H)S und Medikamenten	21
3. AD(H)S aus unterschiedlichen Perspektiven	24
3.1. AD(H)S und Gesellschaft (Makroebene)	25
3.2. AD(H)S und Schule (Mesoebene).....	26
3.3. AD(H)S und Familie (Mikroebene)	28
3.4. AD(H)S und Soziale Arbeit.....	30
4. Theoretischer Ansatz zum Umgang mit AD(H)S	32
4.1. Das Resilienzkonzept	32
4.1.1. Vulnerabilitäts- und Risikofaktoren	33
4.1.2. Schutzfaktoren.....	35
4.2. Resilienzförderung	35

5. AD(H)S in der Kinderanimation – Handlungsmöglichkeiten	38
5.1. Was ist Kinderanimation?	38
5.2. Handlungsoptionen auf der Mikroebene	40
5.2.1. Gestaltung von Gruppenprozessen	41
5.2.2. Kinder unterstützen Kinder	42
5.3. Handlungsoptionen auf der Mesoebene	43
5.4. Handlungsoptionen auf der Makroebene	44
5.5. AD(H)S – eine Herausforderung für die Kinderanimation	45
6. Schlussfolgerungen	46
7. Ausblick	47
8. Literatur- und Quellenverzeichnis	48
9. Anhang	52
9.1. Kriterienübersicht nach DSM-IV	52
9.2. Fachpool Gespräch	54

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	<i>Bezügeranteil (0-18 Jährige) nach Jahr</i> (BaG, 2012, S. 444)	9
Abbildung 2	<i>Bezügeranteil im Jahr 2007 nach Alter und Geschlecht</i> (BaG, 2012, S. 445)	9
Abbildung 3	<i>Klein-Ida und Michel machen Unfug</i> (Lindgren, 1986, S.35)	13
Abbildung 4	<i>Dr. Leandro Pannizon und seine Frau Marguerite Pannizon</i> (Rothenberger und Neumärker, 2005, S.)	14
Abbildung 5	<i>Zeittafel</i> (Rothenberger und Neumärker, 2005, S. 19)	15
Abbildung 6	<i>Michel schnitzt Holzmännchen</i> (Lindgren, 1986, S. 6)	23
Abbildung 7	<i>Makro-, Meso-, Mikroebene</i> (eigene Darstellung nach Bronfenbrenners Systemkategorien in Flammer, 2009, S. 249)	24
Abbildung 8	<i>Chancenungleichheit in der Schule</i> (Quelle unbekannt)	27
Abbildung 9	<i>Klein-Ida und Michel machen Unfug 2</i> (Lindgren, 1986, S. 40)	29
Abbildung 10	<i>Resilienz bei Kindern</i> (Holtmann, ohne Datum, S. 14)	33
Abbildung 11	<i>Der Suppen-Kaspar</i> (Hoffmann, ohne Datum, S. 17)	34
Abbildung 12	<i>Handlungsmodell nach Moser et al. (1999) mit Anpassungen von Hangartner (2010), S. 298</i>	38
Abbildung 13	<i>Klein-Ida und Michel vor dem Tischlerschuppen</i> (Lindgren, 1986, S. 5)	40

Vorwort

Schon vor meiner Ausbildung zur Soziokulturellen Animatorin arbeitete ich oft mit Kindern in verschiedenen Kontexten zusammen. Darunter befanden sich unter anderem auch Kinder, bei welchen die Aufmerksamkeitsdefizit – (Hyperaktivitäts) – Störung, kurz AD(H)S¹, diagnostiziert wurde.

Es stellten sich mir einige Herausforderungen in der Arbeit mit diesen Kindern, manchmal mit Erfolgserlebnissen, aber auch mit viel Frustration.

Mir ist die Auseinandersetzung mit AD(H)S wichtig um die Besonderheiten und Kompetenzen dieser Kinder kennenzulernen und zu wissen, welche Möglichkeiten ich im Berufsfeld habe, diese Kompetenzen zu fördern.

Da die Meinungen der Fachpersonen über Ursachen, Behandlungen und ethischen Fragen von AD(H)S weit auseinandergehen, ist es mir in dieser Arbeit wichtig, die verschiedenen Standpunkte zu beleuchten, zu hinterfragen und daraus eine persönliche, aber vor allem berufliche Position auszuarbeiten. Dies war gar nicht so einfach, denn über AD(H)S herrscht eine wahre Informationsflut, aus der es galt, wissenschaftliche und verlässliche Quellen zu finden.

Ich erarbeite mir mit dieser Bachelor – Arbeit ein breites und tieferes Wissen zu dem Thema AD(H)S und ich teile dieses Wissen mit interessierten Personen aus verschiedenen Bereichen, an welche sich diese Arbeit richtet.

Das Schreiben an der Bachelor – Arbeit gestaltete sich nicht immer einfach, da die Vorbereitung und die Schreibphase nicht zu unterschätzen sind. Aber dank meinen Freunden und meiner Familie, welche mich immer wieder motivierten und an mich glaubten, habe ich diese Arbeit zustande gebracht.

Ich möchte an dieser Stelle all denen danken, die mich während meiner Arbeit unterstützt haben und mir wohlwollend zur Seite standen. Ein besonderer Dank geht an Vida für die gemeinsame Zeit beim Schreiben.

¹ Die verschiedenen Begriffe und deren Unterscheidung werden im Kapitel 1.1. erklärt.

1. Einleitung

Das Phänomen AD(H)S betrifft alle Altersgruppen vom Kleinkind bis hin zu den Erwachsenen. Die Autorin beschäftigt sich in dieser Arbeit ausschliesslich mit AD(H)S betroffenen Kindern im Grundschulalter. Da nicht nur Lehrer und Eltern mit AD(H)S Kindern zu tun haben, sondern auch Professionelle in Freizeiteinrichtungen, ist dieses Thema auch für Soziokulturelle Animatoren und Soziokulturellen Animatorinnen in der Arbeit mit Kindern von Interesse. Zudem beabsichtigt diese Bachelorarbeit die Diskussion um AD(H)S im Arbeitsfeld der Soziokulturellen Animation anzuregen.

Dass AD(H)S ein aktuelles Thema ist zeigt auch die vermehrte Auseinandersetzung seitens der Medien, der Mediziner und der Pädagogen. Vor allem im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlung werden kontroverse Diskussionen geführt.

Erich Fromm (2006) kam schon im Jahre 1976 zu der Erkenntnis: „dass die Produktion den wahren Bedürfnissen des Menschen und nicht den Erfordernissen der Wirtschaft zu dienen habe“ (S. 294) und „dass der einzelne zu aktiver Mitwirkung am gesellschaftlichen Leben motiviert werden solle“ (S. 295). In die heutige Zeit übernommen, gelten diese Aussagen erst recht für das Bildungs- und Erziehungssystem, welche die Kinder in ihrer persönlichen Entwicklung unterstützen und auf dem Weg zum selbständigen Menschen begleiten sollte. In gewisser Weise dient das Schulsystem der Wirtschaft, was nicht negativ zu bewerten ist. Doch die Forderung nach Unterstützung der wahren Bedürfnisse des Einzelnen kann somit nicht vollständig erreicht werden.

Die Soziokulturelle Animation hat genau diese Ziele, die auch Fromm (2006) in seinem Buch *Haben oder Sein* anspricht. Sie orientiert sich an den Bedürfnissen der Adressaten und Adressatinnen und die Partizipation als Arbeitsprinzip kann nach Annette Hug (2007) entweder als Ziel oder als Methode angewendet werden (S. 62).

Die Arbeit zielt darauf ab, erstens AD(H)S umfassend darzustellen und zweitens daraus Handlungsoptionen für die Soziokulturelle Animation in der Arbeit mit Kindern abzuleiten.

Im *ersten Kapitel* erläutert Begriffe zu AD(H)S, die in dieser Arbeit verwendet werden und beschreibt auf dieser Basis die Ausgangslage, die Berufsrelevanz für die Soziokulturelle Animation, die Ziele und Adressaten und Adressatinnen und die zentralen Fragestellungen zu dieser Arbeit.

Im *zweiten Kapitel* beschreibt die Autorin, welche Erscheinungen bei Kindern mit AD(H)S zum Vorschein kommen und welche Ursachen dem Symptom zu Grunde liegen. Dabei spricht sie auch die Definition von AD(H)S an und den geschichtlichen Verlauf, bis zum heutigen Stand der Dinge.

Im *dritten Kapitel* geht es einerseits um die gesellschaftlichen Aspekte von AD(H)S, um AD(H)S im schulischen Kontext und andererseits um die Bedeutung für die Familie und das Kind selber, wenn es von AD(H)S betroffen ist. Zuletzt vertieft sich die Autorin mit der Sicht der Sozialen Arbeit auf AD(H)S.

Im *vierten Kapitel* zieht die Autorin das Konzept der Resilienz bei und vertieft sich dann auf die Resilienzförderung für betroffene Kinder und wie diese auch in der Soziokulturellen Animation angewendet werden kann.

Im *fünften Kapitel* definiert die Autorin das Handlungsfeld Kinderanimation und erarbeitet mögliche Handlungsoptionen für den Umgang mit AD(H)S auf der Mikro -, Meso-, und Makroebene.

Darauf hin folgen die Schlussfolgerungen über Möglichkeiten und Grenzen im Handlungsfeld der Soziokulturellen Animation.

1.1. Begriffsdefinitionen

Die Begriffe ADS oder Hyperaktivität werden im Alltag oft genutzt, um Kinder mit auffälligem Verhalten zu beschreiben. Dies ist eine zu ungenaue Bezeichnung, denn in der Praxis werden verschiedene Fachbegriffe verwendet, um unterschiedliches auffallendes Verhalten zuzuordnen. Einige dieser Begriffe sollen anschliessend genauer erklärt werden, um Missverständnisse während des Lesens dieser Arbeit zu vermeiden.

ADS ist die Abkürzung für Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom (oder Aufmerksamkeitsdefizit-Störung). Sie beinhaltet die mangelnde Konzentrationsfähigkeit, Ungeduld und die leichte Ablenkbarkeit von den betroffenen Personen.

ADD (Attention Deficit Disorder) ist die englische Bezeichnung für ADS.

Kinder mit **Hyperaktivität** werden im Volksmund gerne Zappelphilippe genannt. Dies trifft tatsächlich zu, denn solche Kinder können ihre Hände und Füße nicht still halten und legen eine überschießende Aktivität an den Tag.

Das **ADHS**, Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Syndrom (oder Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Störung), beinhaltet die beschriebenen Verhaltensweisen des ADS, nur dass hier die Hyperaktivität hinzukommt.

ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) ist die Englische Bezeichnung für ADHS.

Die Bezeichnung **HKS** (Hyperkinetische-Syndrom (oder -Störung) wird parallel zu ADS/ADHS verwendet, laut Swissmedic (ohne Datum) unterscheidet sie sich aber insofern, dass keine Unterteilung stattfindet, wie es beim ADS und ADHS gemacht wird. Ausserdem müssen keine bestimmte Anzahl Kriterien für eine Diagnose erfüllt werden (Fragen und Antworten zum richtigen Gebrauch von Präparaten mit Methylphenidat bei der Behandlung der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS), ¶8). Die Diagnosekriterien für HKS erfolgen nach der Klassifikation ICD-10 der World Health Organisation (WHO).

Das **POS** (Psychoorganisches Syndrom) ist nach Hans-Christoph Steinhausen (2005) in der Schweiz ein gebräuchlicher Begriff und beinhaltet: „Neben auffälligen Verhaltensmerkmalen (...) auch Abweichungen motorischer und anderer Leistungsfunktionen (...), die durch abweichende Hirnfunktionen bedingt sind“ (S. 3).

Ende der 1950er Jahren kam die Verwendung des Begriffes **MCD** Minimale Cerebrale Dysfunktion (englisch: MBD = Minimal Brain Dysfunction) auf. Aribert Rothenberger und Klaus-Jürgen Neumärker (2005) weisen darauf hin, dass man hier von einer geringfügigen (nicht erfassbaren) Hirnfunktionsstörung ausging, welche für die hyperkinetische Störung wesentlich verantwortlich ist (S. 17).

Der Wirkstoff **Methylphenidat** ist das meist eingesetzte Mittel zur Behandlung von AD(H)S. Besser bekannt ist Methylphenidat unter dem Namen der Medikamente **Ritalin** und **Medikinet**. Swissmedic (ohne Datum) erwähnt, dass Methylphenidat unter dem Betäubungsmittelgesetz steht und streng nach Betäubungsmittelrezepten verschrieben wird (Fragen und Antworten zum richtigen Gebrauch von Präparaten mit Methylphenidat bei der Behandlung der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS), ¶2).

Weitere angewandte Wirkstoffe sind **Amphetamin**, **Clonidin** und **Antidepressiva**. Nach Russel A. Barkley (2011) bewirken alle diese Stimulanzien eine Verbesserung der schulischen Leistung, des sozialen Verhaltens und der Integrationsfähigkeit von betroffenen Personen (S. 393).

Die **Prävalenz** laut dem Roche Lexikon (1999): „[die] epidemiologische Häufigkeit aller Fälle einer bestimmten Krankheit in einer Population zum Zeitpunkt der Untersuchung“ (zit. in Gesundheitsberichterstattung des Bundes http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gasts&p_aid=&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=2236::Krankheitskosten).

Die Autorin verwendet in dieser Arbeit einfachheitshalber ausschliesslich den Begriff AD(H)S und meint damit das Aufmerksamkeitsdefizit Syndrom mit und ohne Hyperaktivität. Falls nur eins von beiden gemeint ist, wird darauf hingewiesen und entsprechend bezeichnet. Zudem spricht die Autorin von einem Syndrom oder einem Phänomen, wenn es um AD(H)S geht, und nicht von einer Störung oder einer Krankheit.

1.2. Ausgangslage

Seit in den 1950er Jahren der Wirkstoff Methylphenidat entwickelt wurde, lässt sich leichter feststellen, wie viele Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit den AD(H)S Symptomen behandelt wurden. AD(H)S tritt laut Barkley (2011) bei etwa 3% bis 7% der Kinder bis zum zehnten Lebensjahr auf. Davon bleiben die Symptome bei 40% bis 60% der Betroffenen bis ins Erwachsenenalter. Die Wahrscheinlichkeit, dass bei AD(H)S Begleiterscheinungen auftreten, ist relativ hoch. Oft sind das aggressives-dissoziales Verhalten, Lernprobleme, Teilleistungsdefizite oder emotionale Störungen. Dadurch sind die Prognosen für eine gesunde Entwicklung der Kinder mit AD(H)S eher negativ (S. 3). Diese Zahlen sind, dem Herkunftsland des Autors zufolge, aus Amerika.

Jedoch sind aktuelle Zahlen, wie viele Kinder in der Schweiz von AD(H)S betroffen sind, inklusive derer, die kein Methylphenidat erhalten, vom Bundesamt für Statistik (BFS) und dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) nicht herausgegeben worden. Die aktuellsten Statistiken beziehen sich auf Kinder und Jugendliche, welchen von 2005 bis 2008 Medikamente verschrieben wurden.

Die Entwicklung der Medikalisierung von AD(H)S hat sich in den letzten Jahren tatsächlich markant geändert. Die Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin NEK-CNE (2011) dokumentiert in einer Stellungnahme, dass der Verbrauch von Ritalin in den Jahren 1996 bis 2000 von 13,7 kg auf 69 kg gestiegen ist und die durchschnittliche Dosierung in diesen Jahren um etwa 10% erhöht wurde. Auch die NEK-CNE bemängelt das Fehlen einer aktuellen Statistik über den gesamtschweizerischen Verbrauch und die Verschreibungspraxis von Ritalin (S. 5).

Im Bulletin des Bundesamts für Gesundheit BaG (2012) besagt die Statistik, dass in der Schweiz innerhalb der Jahre 2005 bis 2008 die Zahl der diagnostizierten Fälle bei Knaben von 0.95% auf 1.30% und bei Mädchen von 0.25% auf 0.38% stieg, was einer Zunahme von insgesamt 0.24% entspricht (S. 444).

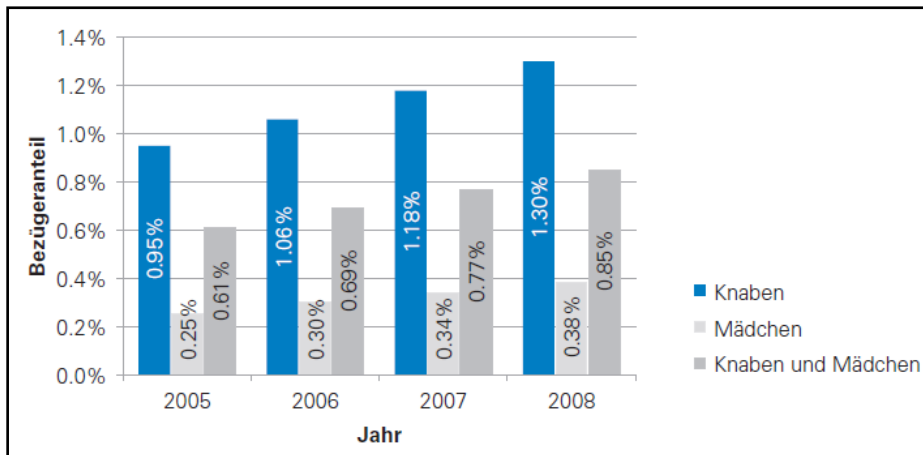


Abbildung 1 Bezügeranteil (0-18-Jährige) nach Jahr (BaG, 2012, S. 444)

Im selben Zeitraum nahm laut BaG (2012) auch die in der Schweiz benötigte Menge des Wirkstoffs von 5094 mg auf 5551 mg zu, was einer Zunahme von fast 10% entspricht.

Die Altersgruppe der 7 bis 18-Jährigen ist bei den Bezügeranteilen insgesamt am stärksten vertreten, die Höchstwerte weisen jedoch die 12-Jährigen auf (S. 444f).

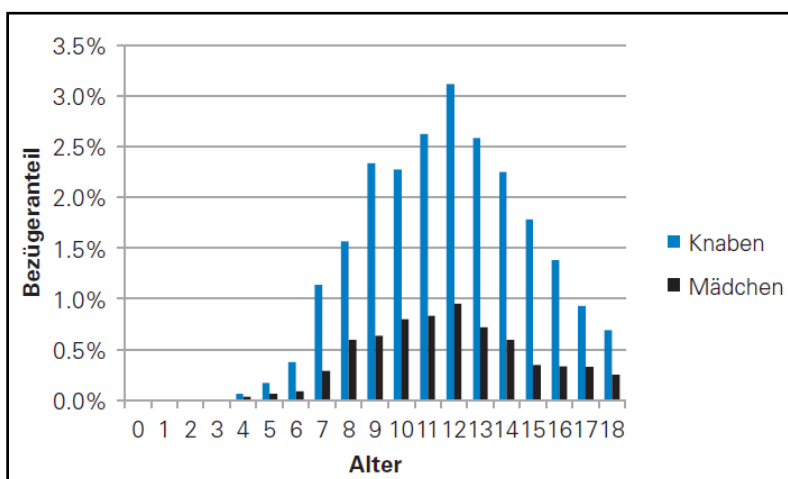


Abbildung 2 Bezügeranteil im Jahr 2007 nach Alter und Geschlecht (BaG, 2012, S. 445)

Aus den Zahlen geht eindeutig hervor, dass deutlich mehr Knaben als Mädchen das Syndrom aufweisen. Der geschlechterspezifische Unterschied liegt in der divergenten Ausprägung der Symptome. Während bei den Knaben das Merkmal der Hyperaktivität hervortritt, sind die Mädchen oft von den weniger auffälligen Merkmalen des AD(H)S betroffen.

Gemäss dem BaG (2012) wurden im Zeitraum von 2005 bis 2008 die Verschreibung der Medikamente von 59% Kinderärzten und 12% von Kinderpsychiatern vorgenommen. Sie sind somit für den grössten Teil der Verschreibungen von Medikamenten verantwortlich (S. 445f). Die geschätzte Prävalenz des AD(H)S beträgt laut BaG (2012) unter Kindern und Jugendlichen 2,6% bis 10% und ist in dem Zeitraum von 2005 bis 2008 deutlich angestiegen. Darunter sind aber nur Kinder und Jugendliche erfasst, welche mit Medikamenten behandelt wurden. Der grösste Teil der Betroffenen wird statistisch nicht aufgeführt (S. 446).

Für die Soziokulturelle Animation sind diese Gesichtspunkte von einer ausserordentlichen Wichtigkeit. Die Frage ist, inwiefern den von AD(H)S betroffenen Kindern durch Angebote der Soziokulturellen Animation geholfen werden kann.

1.3. Berufsrelevanz für die Soziokulturelle Animation

Andere Berufe beschäftigen sich mit dem Syndrom des AD(H)S, wie zum Beispiel die Pädagogik, Mediziner, Therapeuten, Psychologen, Schulsozialarbeit und die Sozialarbeit. Da die Soziokulturelle Animation oft mit Jugendlichen und Kinder, aber genau so mit Erwachsenen zu tun hat, ist auch hier die Auseinandersetzung mit dem Syndrom für die Professionellen bedeutend. Da die Zahlen der Betroffenen tendenziell steigen, ist eine Auseinandersetzung mit AD(H)S auch für die Soziokulturelle Animation wichtig.

Die Symptome von AD(H)S führen in einer leistungsorientierten Gesellschaft leicht zu Ausgrenzung, Diskriminierung, Unverständnis, Ängsten, psychischem Druck und Minderwertigkeitsgefühlen. Und wie schnell reagiert die Umgebung auf das Verhalten von AD(H)S Kindern mit Gereiztheit, Wut, Aggression und Ohnmacht. Um dem entgegenzuwirken braucht es Erwachsene, welche den Kindern mit viel Geduld, Verständnis begegnen und fähig sind, den Bedürfnissen der Kinder entsprechend zu handeln. Dazu braucht es in erster Linie eine bewusste Auseinandersetzung mit den Symptomen von AD(H)S. Gleichzeitig müssen Vorurteile und gesellschaftliche Zwänge überwunden werden, um den Kindern die Chance zu geben, anders zu sein und genauso akzeptiert zu werden.

Es ist anzunehmen, dass das AD(H)S immer mehr zunehmen wird. Es sind Kinder unserer Zeit. Die Auseinandersetzung mit dem Erscheinungsbild ist zugleich eine Auseinandersetzung mit der Kultur, den Werten und Normen. Die Wege zum reflektierten Umgang mit AD(H)S sind zugleich Auswege aus eingeschränkten gesellschaftlichen Verhaltensmustern.

In der Praxis der Soziokulturellen Animation besteht die Möglichkeit, die Kinder ausserhalb des Schulalltags, ausserhalb des Klassenzimmers zu begleiten und ihnen ein Umfeld zu bieten, das ihren Bedürfnissen gerecht werden kann.

1.4. Zielsetzung und Adressatenschaft

Das Ziel der Autorin ist es, in dieser Arbeit ein umfassendes Bild von AD(H)S darzustellen und verschiedene Standpunkte nicht ausser Acht zu lassen. Des Weiteren ist die Absicht dieser Arbeit, zu einer differenzierten und kritischen Auseinandersetzung mit den eigenen und gesellschaftlichen Werten und Normen in Bezug auf die Andersartigkeit, anzuregen.

Die Arbeit richtet sich an Menschen, welche direkt mit AD(H)S Kindern oder Jugendlichen zu tun haben.

- Soziokulturellen Animatoren und Soziokulturellen Animatorinnen
- Studierende HSLU-SA
- Eltern
- Pädagogen
- Interessierten aus anderen Berufsfeldern

1.5. Fragestellungen

Dieser Bachelor-Arbeit liegen drei zentrale Fragestellungen zu Grunde, welche in den einzelnen Kapiteln bearbeitet werden und die Autorin versucht Antworten zu finden. Wie am Aufbau der Arbeit zu sehen ist, sind der Autorin folgende Themen wichtig, an denen sich auch die Fragestellungen orientieren. Erstens die umfassende Beschreibung des komplexen Bildes von AD(H)S und darauf aufbauend eine Vertiefung zu den systemischen Einflüssen auf AD(H)S. Zweitens das Thema Resilienz und Resilienzförderung für AD(H)S betroffene Kinder im Zusammenhang mit den Handlungsoptionen in der Soziokulturellen Animation. Die Fragestellungen lauten wie folgt:

Kapitel 2:

Was sind die aktuellsten wissenschaftlichen Erkenntnisse über AD(H)S bei Kindern?

Kapitel 3 und 4:

Welche Einflüsse können Systeme der Makro-, Meso- und Mikroebene auf Kinder mit AD(H)S haben und wie kann die Resilienz betroffener Kinder auch in der Soziokulturellen Animation gefördert werden?

Kapitel 5:

Wie kann die Soziokulturelle Animation mit Hinblick auf das Thema AD(H)S in der Mikro-, Meso- und Makroebene agieren?

2. Grundlagen zu AD(H)S

Was sind die aktuellsten wissenschaftlichen Erkenntnisse über AD(H)S bei Kindern?

Um diese Frage zu beantworten, müssen verschiedene Faktoren berücksichtigt werden, die Symptome und Merkmale, die möglichen Ursachen von AD(H)S und natürlich auch, wie AD(H)S insgesamt bewertet wird. Dieses Kapitel wird keine abschliessenden und endgültigen Antworten liefern, aber es bietet eine Grundlage, auf der man aufbauen kann. Die Wissenschaft wird in Zukunft bestimmt wieder neue Ursachen erforschen und die ganze Sichtweise auf AD(H)S ändern. Hier zeigt die Autorin lediglich den heutigen Wissensstand und wie darüber diskutiert wird.

Bevor die Autorin auf den geschichtlichen Aspekt in Kapitel 2.2 eingeht, erläutert sie zunächst, was überhaupt unter dem Begriff AD(H)S verstanden wird.

2.1. Was ist AD(H)S?

Barkley (2011) geht davon aus, dass es sich bei AD(H)S um eine Entwicklungsstörung handelt, welche anhand von wissenschaftlichen Kriterien klar definiert werden muss. Das heisst, es müssen folgende Punkte erfüllt sein, damit eine Entwicklungsstörung vorliegt. Das AD(H)S tritt meist schon im Kindesalter auf, wobei ein deutlicher Unterschied zwischen den betroffenen Kindern und ihren Altersgenossen erkennbar ist. Das Syndrom tritt situationsunabhängig auf und ist über eine längere Zeitspanne feststellbar. Die altersspezifischen Fähigkeiten und Kompetenzen sind durch das AD(H)S beeinträchtigt, was zusammenhängt mit der geistigen Begabungen und der Entwicklung des Gehirns. Wenn ein AD(H)S vorliegt, lässt sich das nicht nur mit äusseren Umständen erklären, sondern wie schon erwähnt, mit der Beeinträchtigung der Entwicklung. Diese steht auch in Verbindung mit anderen biologischen Faktoren (S. 63).

Für die betroffenen Kinder heisst das, mit grossen Herausforderungen in allen Lebensbereichen konfrontiert zu sein. Vor allem betroffen sind, wie der Name Aufmerksamkeitsdefizit Syndrom schon sagt, die Aufmerksamkeit und die Konzentrationsfähigkeit eines Kindes. Barkley (2011) geht aber noch weiter und sagt, dass die Selbststeuerung ein genauso gewichtiger Bestandteil des AD(H)S ist (S. 11).

Wenn man von AD(H)S spricht, ist selten eine reine Form des AD(H)S gemeint, denn oft sind diese Symptome geknüpft an andere psychische, soziale oder körperliche Probleme. Diese Kombinationen werden in der Fachsprache Komorbidität genannt. Steinhausen (2005) nennt einige Probleme, die im Zusammenhang mit AD(H)S auftreten. Diese reichen von einem aggressiven und auffälligen Sozialverhalten über depressive Gemütszustände, Angststörungen, über Lernprobleme in der Schule und nervösen Zuckungen oder Ticks bis hin zu motorischen Schwierigkeiten (S.3). Auch Barkley (2011) spricht von der Komorbidität und ergänzt das Fehlen der Fähigkeit Probleme strategisch und strukturiert lösen zu können. Kinder mit AD(H)S scheitern an ihrer eigenen Impulsivität, durch die sie oft unüberlegt handeln und unstrukturiert Herausforderungen angehen (S. 162f).

Die Diagnose AD(H)S wird häufiger bei Jungen gestellt als bei Mädchen. Barkley (2011) nennt die Differenz von 3 zu 1 (S. 3). Doch die Aufmerksamkeit ist vermehrt auf das AD(H)S bei Mädchen gerichtet, die, wie es Rothenberger und Neumärker (2005) formulieren, weniger ein aggressives Verhalten aufweisen. Viel mehr sind sie von Lernschwächen, depressiven Stimmungen und Unsicherheiten betroffen (S. 9). Das könnten Gründe dafür sein, dass bei Jungen öfter AD(H)S diagnostiziert wird.

Rothenberger und Neumärker (2005) vermuten, dass das lebhafte auffällige Verhalten mehr Grund bietet eine Diagnose zu stellen (S.9).

Mit dem Aufkommen des Begriffes AD(H)S wird auch eine Unterteilung in verschiedene Subtypen gemacht. Die Diagnosekriterien erfolgen nach dem Schema DSM-IV des American Psychiatric Association und beinhalten laut Swissmedic (ohne Datum) die Unterteilung in hyperaktives-impulsives Verhalten, Unaufmerksamkeit und die Kombination aus beiden. Mindestens sechs der Symptome müssen beim Kind erkennbar sein um AD(H)S zu diagnostizieren² (Fragen und Antworten zum richtigen Gebrauch von Präparaten mit Methylphenidat bei der Behandlung der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS), ¶8).

Thomas Armstrong (2002) zweifelt sämtliche Tests und somit auch die Diagnoseraster zur Feststellung von AD(H)S in ihrer Gültigkeit an, da die Kriterien seiner Meinung nach auf unklaren Richtlinien zustande kommen, von Tests, welche sich auf vorherige Tests beziehen und diese wiederum auf andere Untersuchungen und so weiter (S. 39).

Trotz der Meinung vieler Fachleute, dass es sich bei AD(H)S um eine Entwicklungsstörung handelt, deren Ursache in einer Schädigung der Hirnregion zu finden ist, wird die Diagnose ausschliesslich auf der Verhaltensebene gestellt. Auch wenn ein Vertreter der Psychologie wie Barkley (2011) es bezweifelt, dass die Erziehung, das soziale Umfeld oder die gesellschaftlichen Verhältnisse auch einen Grund für AD(H)S darstellen können (S. 11), darf man diese Faktoren nicht ausser Acht lassen. Doch auf diese Gesichtspunkte geht die Autorin im Verlaufe der Arbeit noch ein.



Abbildung 3 *Klein-Ida und Michel machen Unfug* (Lindgren, 1986, S.35)

² Die genauen Diagnosekriterien können dem Anhang 9.1. entnommen werden.

2.2. Kurzer geschichtlicher Umriss

Auffälliges und unangepasstes Verhalten von Kindern ist schon seit langen Zeiten ein bekanntes Phänomen. Die Geschichten des Frankfurter Arztes Heinrich Hoffmann aus dem Jahre 1845 über den Struwwelpeter, den Suppen-Kaspar, den Zappel-Philipp und vielen mehr, ist den meisten wohl ein Begriff. Diese Geschichten sind sehr von der Moral geprägt. Dem Kind wird das Bild vermittelt, wenn es sich so verhält wie die Figuren in der Geschichte, geschieht etwas Schlimmes. Auch Michel aus Lönneberga und Pippi Langstrumpf von Astrid Lindgren würden nach heutigen Massstäben typische Anzeichen von AD(H)S aufweisen.

Rothenberger und Neumärker (2005) datieren das Auftauchen von AD(H)S ähnlichen Symptomen Anfang des 20. Jahrhunderts, als George Still die Auffälligkeitssymptome erstmals beschrieb. Erst sehr spät, in den 1980er Jahren sprach man von der Diagnose Aufmerksamkeitsdefizit - Hyperaktivitätsstörung (S. 19).

Es kann angenommen werden, dass auffälliges Verhalten bei Kindern schon so lange besteht, wie es Kinder gibt. Dass es heute zu einem immer häufiger auftretenden Problem wird, hat wahrscheinlich verschiedene Ursachen. Die Gesellschaft mitsamt ihren Werten und Strukturen hat sich im letzten Jahrhundert sehr schnell gewandelt und wird dies auch in Zukunft tun, aber auch die Wahrnehmung der Menschen gegenüber ihrer Umwelt und den Mitmenschen hat sich ständig verändert. Johannes Gruntz-Stoll (2009) sieht die Kindheit einerseits geprägt durch pädagogische und erzieherische Vorstellungen, andererseits geformt von geschichtlichen und gesellschaftlichen Strukturen einer Zeit, in der die Kinder aufwachsen (S. 173). Die heutige, technische und schnelllebige stellt für AD(H)S Kinder, die Reize nicht filtern können, ein Problem dar. Sie sind einer ständigen Reizüberflutung von aussen ausgesetzt.



Abbildung 4 Dr. Leandro Pannizon und seine Frau Marguerite Pannizon (Rothenberger und Neumärker, 2005, S. 181)

Der Wirkstoff Methylphenidat wurde laut Rothenberger und Neumärker (2005) 1944 erstmals synthetisiert. Leandro Pannizon, Angestellter der Firma Ciba (heute Novartis), entwickelte das Medikament. Wie damals üblich, testete er es an sich und seiner Frau Marguerite („Rita“). Er selber war nicht vollkommen überzeugt von der Wirkung, aber seine Frau nahm es und stellte fest, dass sich ihre Leistung beim Tennis verbesserte. Leandro Pannizon benannte das Medikament nach seiner Frau und so bekam es seinen Namen Ritalin. Ritalin wurde 1954 auf den Markt gebracht (S. 32). Doch erst circa 20 Jahre später, 1971, wurde Ritalin unter das Betäubungsmittelgesetz gestellt.

1902	George Still beschrieb ADHS-ähnliche Symptome
1932	Kramer & Pollnow beschrieben eine Hyperkinetische Erkrankung
1937	Bradley setzte Bazedrin bei Hyperkinetischen Störungen ein
1954	Panizzon entwickelte Methylphenidat
1962	Minimale Cerebrale Hirnschädigung und -dysfunktion (MCD/MBD)
1970	Douglas stellte Aufmerksamkeitsdefizit in den Mittelpunkt
1980	Aufmerksamkeitsdefizit ± Hyperaktivitätsstörung (DSM-III)
1987	Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (DSM-III-R)
1992	ICD-10 benannte Hyperkinetische Störungen
1994	DSM-IV aktualisierte ADHS/ADS-Kriterien
2004	Europäische Leitlinien – Neu

Abbildung 5 Zeittafel (Rothenberger und Neumärker, 2005, S. 19)

2.3. Merkmale und Symptome von AD(H)S

Schwierigkeiten und auffälliges Verhalten können bei jedem Kind vorkommen, auch wenn es nicht von AD(H)S betroffen ist. Doch sind diese Auffälligkeiten weniger intensiv und von aussen her beeinflussbarer. Bei AD(H)S sind besonders auffallende Merkmale die Aufmerksamkeitsstörung, Hyperaktivität und Impulsivität. Barkley (2011) beschreibt als Kernproblem die mangelnde Selbstbeherrschung der Kinder mit AD(H)S. Es fällt ihnen schwer, nicht auf ihre inneren Regungen zu reagieren. Das heisst, es ist nicht mangelnde Aufmerksamkeit, die ihnen Mühe bereitet, sondern sich nicht von inneren und äusseren Umständen ablenken zu lassen. So legt er den gesamten Merkmalen von AD(H)S die mangelnde Verhaltenshemmung zu Grunde (S. 88).

Durch ihr Verhalten haben es Kinder mit AD(H)S besonders schwer, mit sich selber, aber auch mit den Anforderungen ihres Umfeldes zurechtzukommen. Die Kinderärztin Dr. Kirsten Stollhoff (2009) weist darauf hin, dass diese Kinder besonders unfallgefährdet sind und ausserdem schlechtere Schulabschlüsse erzielen. Dabei kann AD(H)S auch zu sozialer Ausgrenzung führen (in der Sendung Markus Lanz). Das Bild des AD(H)S Kindes ist durch all die Auffälligkeiten sehr negativ geprägt. Ursula Häberli-Nef (2009) sieht neben der Unberechenbarkeit des Kindes auch die andere Seite. Ein Kind mit AD(H)S stellt selten etwas aus bösem Willen, Dummheit oder Faulheit an, es ist nur nicht im Stande sich entsprechend zu verhalten (S. 61).

Zeitgefühl

Die Fähigkeit, die Reaktion auf Unvorhergesehenes und Unvorhergesehenes auszuweiten, erlaubt es, die Ereignisse mit Logik, Vernunft und Objektivität zu betrachten. Die Auseinandersetzung mit der bestimmten Situation geschieht objektiv, und die Emotionen können zurückgestellt werden. Anders ist das bei Kindern mit AD(H)S. Dass es ihnen an angebrachtem Reaktionsvermögen fehlt, sieht auch Barkley (2011), denn durch seine psychologische Arbeit mit betroffenen Kindern beobachtete er, dass Warnungen vor kommenden Situationen meist erfolglos sind. Diese Kinder leben im Augenblick und verhalten sich dem entsprechend, ohne sich über den Augenblick hinaus Gedanken über Zukünftiges zu machen (S. 89).

Barkley (2011) gelangt zu der Erkenntnis, dass Kinder mit AD(H)S die Fähigkeit fehlt, Ereignisse im Kurzzeitgedächtnis zu behalten und diese mit Vergangenen zu vergleichen, wobei das eigene Verhalten reflektiert wird und Lernprozesse stattfinden können. Stattdessen reagieren sie sehr schnell und

lernen kaum aus den Fehlern der Vergangenheit (S. 91). Das erklärt auch die Unfallgefährdung, denn sie können Situationen schlecht einschätzen und handeln sehr impulsiv.

Wahrnehmung, Reizverarbeitung und Teilleistungsschwächen

Die Wahrnehmung wird während der Entwicklung eines Kindes ausgebildet. Bei AD(H)S sind Schwächen vorhanden, die bewirken, dass sich die Entwicklung von der anderer Kinder unterscheidet. Diese Ausbildung der Wahrnehmung kann sich auch unter idealen Rahmenbedingungen verzögern oder von der Norm abweichen. Häberli-Nef (2009) teilt die Wahrnehmungsauffälligkeiten in verschiedene Bereiche. Das können Bewegungsabläufe und motorische Schwierigkeiten sein, in Form von motorischen Koordinationsstörungen, aber auch die Sinne betreffend, sprich Gleichgewichtsstörungen, Überempfindlichkeit, Unterempfindlichkeit und schnelle Ablenkbarkeit. Wenn mehrere Sinne angesprochen werden sind diese Kinder überfordert, denn sie können nicht mehrere Dinge gleichzeitig tun. Hinzu kommt, dass ihnen das Abstraktionsvermögen fehlt (S. 55f). Das trägt dazu bei, dass sie oft den schulischen Anforderungen nicht gewachsen sind.

Im Zusammenhang mit der Wahrnehmung treten bei Kindern mit AD(H)S Reizhunger und Reizblockaden auf. Gemäss Häberli-Nef (2009) werden Reize geradezu gesucht oder umgekehrt als unangenehm empfunden. Im Gegensatz zu den inneren Reizen können Reize, die von aussen auf das Kind einwirken, beeinflusst werden (S. 34).

Als Folge verschiedener Wahrnehmungsstörungen treten bei vielen Kindern mit AD(H)S auch Teilleistungsschwächen auf. Nach Barkley (2011) kommen diese Lernstörungen bei 20 bis 30 Prozent der Kinder in mindestens einer Form vor, entweder in der Rechtschreibung und im Lesen (Legasthenie) oder in der Mathematik (Dyskalkulie) (S. 161).

Aufmerksamkeit

Ein Hauptproblem bei AD(H)S stellt die verminderte Aufmerksamkeitsfähigkeit dar. Die Kinder können sich nur über eine kurze Zeitspanne konzentrieren und lassen sich dabei schnell von Reizen ablenken; das heisst, diese Reize können sie nicht filtern. Sie wirken unkonzentriert, machen Flüchtigkeitsfehler, verlieren oft Gegenstände und vergessen vieles. Trotz ihres guten Willens, eine Aufgabe von Anfang bis Ende auszuführen, können sie die benötigte Aufmerksamkeitsspanne nicht aufrechterhalten. Sie richten ihre Aufmerksamkeit auf Dinge, welche sie gerade in diesem Moment interessieren. Barkley (2011) erwähnt, dass besonders monotone oder langweilige Aufgaben, zum Beispiel die Hausarbeit, langwieriges Stillsitzen in der Schule oder das Lesen von langen Texten, eine Qual sind für AD(H)S Kinder (S. 67). Das wiederum führt zu einer hohen Frustration seitens der Kinder, aber auch der Personen im nahen Umfeld des Kindes. Die geringe Frustrationstoleranz der Kinder erschwert es ihnen, die Herausforderungen des Lebens zu meistern.

Impulsivität

Ein weiteres wichtiges Merkmal von AD(H)S ist die Impulsivität, welche die Kinder an den Tag legen. Sie handeln impulsiv oder reden dazwischen, ohne abzuwarten. Sie leben ihre Emotionen sofort aus. Solche Kinder sind laut Barkley (2011) eher dazu geneigt Risiken einzugehen und tun dies sehr waghalsig. Das erklärt auch, warum AD(H)S Kinder unfallgefährdeter sind als ihre Altersgenossen. Nicht, dass es ihnen gleichgültig wäre, was passiert, aber sie sehen die Konsequenzen ihres Handelns nicht im Voraus und sind nicht in der Lage diese abzuschätzen (S. 74). Häufig werden die Kinder von Gleichaltrigen für ihren Mut und ihre verrückten Ideen bewundert, aber sie stossen mit ihrer Impulsivität auch auf Ablehnung, weil der Grund ihres Handelns nicht verstanden wird.

Hyperaktivität

AD(H)S Kinder mit Hyperaktivität sind ständig in Bewegung und haben oftmals einen enormen Rededrang. Barkley (2011) nennt eine Studie von 1983³, in der Kinder mit und ohne AD(H)S über eine Woche lang beobachtet wurden. In sämtlichen Situationen und zu jeder Tageszeit zeigte sich der Unterschied deutlich zwischen AD(H)S Kindern und den anderen Kindern. In der Schule sah man den grössten Unterschied im Bewegungsdrang der Kinder. Er zieht daraus die Erkenntnis, dass hyperaktive Kinder ihren Drang nicht regulieren und den Situationen anpassen können, das heisst, sie haben zum Beispiel Mühe, von Bewegungsspielen in ruhigere Aktivitäten überzugehen (S. 77f).

Hypoaktivität

Kinder mit einem ADS, ohne Hyperaktivität, weisen alle beschriebenen Merkmale auf, wie motorische Schwierigkeiten, Mühe bei abstrakten Denkvorgängen, Teilleistungsschwächen und Aufmerksamkeitsdefizite. Wenn eine Hypoaktivität noch hinzu kommt, benehmen sich diese Kinder gegensätzlich zu Kindern mit Hyperaktivität. In der Literatur über ADHS und ADS ist wenig über das hypoaktive Verhalten zu finden. Ein Grund könnte sein, dass diese Kinder in ihrem Benehmen kaum auffallen und so vielleicht weniger Anlass zur Sorge geben. Aber dieses introvertierte Verhalten hat deshalb nicht weniger Auswirkungen auf das Kind als die Hyperaktivität.

Die Kinder- und Jugendpsychiaterin Dr. Elzbieta Wälli-Dabrowska (ohne Datum) hat durch ihre langjährige berufliche Erfahrung die Besonderheiten der Kinder mit Hypoaktivität aufgezeigt. Dazu gehören das langsame Arbeitstempo, die Verträumtheit und die Ängstlichkeit. Von aussen werden diese Kinder häufig als verträumt, psychisch nicht anwesend, faul und uninteressiert wahrgenommen. Auch wenn sie sich nicht aktiv auffällig benehmen, leiden sie oftmals an mangelndem Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl oder auch an Depressionen, da sie leicht übersehen werden und nicht aus sich heraus kommen können. (Das „andere“ POS – oder das hypoaktive, ruhige POS/ADS-Kind, ¶1).

Stärken

Bis hierhin war vor allem von den Schwächen und Auffälligkeiten die Rede. Es kann aber auch die Kehrseite der Medaille gesehen und die Stärken solcher Kinder hervorgehoben werden.

Häberli-Nef (2009) spricht zum Beispiel von der Intelligenz. In der üblichen Definition der Intelligenz schneiden Kinder mit AD(H)S oft schlechter ab, aber sie betont auch die Intelligenz auf anderen Ebenen. So haben AD(H)S Kinder unterschiedliche aussergewöhnliche Fähigkeiten in sprachlichen, musikalischen, mathematischen, räumlichen, körperlich-beweglichen, persönlichen und sozialen Bereichen (S. 65f). Ausserdem liegt laut Häberli-Nef (2009) AD(H)S und Hochbegabung nah beieinander, doch die Begabung ist meist sehr einseitig angelegt. Während sie in einem Bereich spielerisch leicht Aufgaben lösen, fällt ihnen ein anderer Bereich äusserst schwer (S. 79).

Einen Zusammenhang zwischen AD(H)S und Kreativität vermutet Thom Hartmann (2009) in Hinsicht auf die Kompetenzen. So definiert er die entsprechenden Fähigkeiten der Kreativität, die auch AD(H)S Betroffene zeigen. Sie gehen Risiken ein, wagen Neues und das mit einer inneren Motivation, die von aussen her kaum erreicht werden kann. Dabei verfolgen sie ihr Ziel nicht gradlinig, sondern eher intuitiv, den Impulsen folgend und kommen so auf Lösungen aus anderen Blickwinkeln (S. 70f). Die Kreativität beinhaltet auch das bildliche Vorstellungsvermögen, welches viele AD(H)S Kinder im Gegensatz zu dem abstrakten Denken beherrschen.

Die Beeinträchtigungen oder Schwächen der AD(H)S Kinder können nach Martin Schmela (2004) auch positive Botschaften enthalten. So könnte eine Störung ein Hilferuf sein oder einen Selbstschutz vor schwierigen familiären Verhältnissen darstellen. Er bemerkt, dass diese Auffälligkeiten von Kindern dazu aufrufen, die eigenen Denkmuster zu reflektieren und aufzulockern (S. 190).

³ Von Linda Porrino, Judith Rapoport und ihren Mitarbeitenden am National Institut of Health (NIMH) in Bethesda (Maryland) 1983.

Um daran anzuknüpfen, was bis jetzt beschrieben wurde, können sogenannte Schwächen auch aus einem anderen Blickwinkel betrachtet werden. Ein hyperaktives Kind besitzt zwar überschüssige Energie aber es ist lebhaft und bewegungsfreudig. Die hohe Reizbarkeit kann durchaus auch als Sensibilität der Aussenwelt gegenüber gesehen werden. Das impulsive Verhalten eines AD(H)S Kindes ist einerseits eine Form der Intuition, das Reagieren aus dem Bauch heraus. Andererseits beweisen sie mit ihrem Handeln Unerschrockenheit und Mut zu Veränderungen. Barkley (2011) sieht im fehlenden Zeitgefühl eine gewisse Sorglosigkeit der Zukunft gegenüber, die manchen abhanden gekommen ist und um die sie zuweilen beneidet werden können (S. 92).

Was die fehlende Konzentrationsfähigkeit angeht, so kann dieses Defizit nach Piero Rossi (2012) als Vergrößerung der Wahrnehmungsoptik, eine sogenannte Weitwinkeloptik gesehen werden. Die Empfindlichkeit und Sensibilität gegenüber inneren und äusseren Reizen ist dabei sehr hoch (S.83). Jedoch sind AD(H)S Betroffene sehr wohl in der Lage sich zu konzentrieren. Rossi (2012) beschreibt dies folgendermassen:

(...) sind sie von einer Sache begeistert, werden diejenigen neuronalen Netzwerke, welche die Aufmerksamkeitssysteme steuern, von aussen stimuliert. Die neuronale Aktivität wird unter stimulierenden Bedingungen für eine gewisse Zeit auf den Normalzustand angehoben, was – leider nur kurzfristig – zu einem Regulären Funktionieren der Aufmerksamkeits- und Selbststeuerungssysteme führt. (S. 83)

Der Neurobiologe Prof. Gerald Hüter (2009) sieht er bei Kindern mit AD(H)S die Stärke, sich nicht funktionalisieren zu lassen, was dann als schwererziehbar bezeichnet wird (in der Dokumentation *Wo die starken Kerle wohnen*).

2.4. Mögliche Ursachen für AD(H)S

Die Meinungen über die Ursachen gehen bei den Experten weit auseinander. Die einen vertreten den Standpunkt, AD(H)S sei ausschliesslich genetisch bedingt, andere sind der Annahme, die Ursachen liegen im gesellschaftlichen Konstrukt. Die heutige wissenschaftliche Forschung geht aber von klar biologisch erklärbaren Faktoren aus, die für die Ursache von AD(H)S verantwortlich gemacht werden. Die Neurobiologie kann mittlerweile die Abläufe und den Informationsaustausch im Gehirn genau nachvollziehen, so dass auch Erklärungen über AD(H)S neurobiologisch nachgewiesen werden können. Es handelt sich dabei um Abweichungen von der normalen Entwicklung, die zu Fehlschaltungen und daher zu auffälligem Verhalten führen.

Der Informationsaustausch der Nervenzellen wird, wie Barkley (2011) es beschreibt, von Substanzen, sogenannten Neurotransmittern, geleitet. Solche Neurotransmitter sind die Stoffe Dopamin und Noradrenalin. Bei AD(H)S ist dieser Informationsfluss gestört (S. 113). Das lässt darauf schliessen, dass Informationen nur mangelhaft gefiltert und wichtige von unwichtigen Dingen nicht unterschieden werden können. So werden zu viele Informationen ins Gehirn geführt und es kommt zu einer Reizüberflutung und Überforderung des Kindes.

Gemäss Barkley (2011) sind bei Kindern mit AD(H)S die Substanzen Dopamin und Noradrenalin in geringerem Masse vorhanden als bei anderen Kindern. Somit liegt ein Dopaminmangel vor, auf den eine medikamentöse Behandlung nachweislich einen positiven Einfluss hat und zu Verbesserungen des Verhaltens der von AD(H)S betroffenen Kindern führt (S. 113f).

Nicht nur die Substanzen sind massgeblich an AD(H)S beteiligt, auch die Hirnaktivität. So wurde laut Barkley (2011) in Untersuchungen eine Abweichung von den normalen Hirnaktivitäten festgestellt.

In gewissen Bereichen ist die Aktivität niedriger, beziehungsweise nicht altersentsprechend ausgereift. Auch hier kann durch die Verabreichung von Medikamenten eine Optimierung erzielt werden (S. 114f). Die Gründe für eine Abweichung der Hirnstruktur und Hirnaktivität ist nicht umfassend belegt, aber laut Barkley (2011) gibt es Hinweise, dass Alkoholkonsum und Nikotin während der Schwangerschaft Auswirkungen auf das Kind haben und mit AD(H)S im Zusammenhang stehen (S. 120). Auch andere Umweltfaktoren können eine Rolle spielen. So ist die Rede von Pestiziden und Schwermetallen. Barkley (2011) spricht explizit von Blei, welches bei einer hohen Konzentration im Körper eines Kindes die Möglichkeit entstehen lässt, dass das Kind später hyperaktiv wird. Es liegen Beweise vor, die besagen, dass genetische Faktoren, die in der Familie vorhanden sind, sich weitervererben können. So haben Angehörige von Kindern mit AD(H)S häufiger Probleme mit Alkohol, sind hyperaktiv und weisen Verhaltensauffälligkeiten auf, die bei anderen Familien, in denen kein Fall von AD(H)S vorkommt, nicht bekannt sind (S. 122f). Diese biologischen Faktoren sind eng verknüpft mit den Lebensbedingungen eines Kindes, die ebenfalls einen Einfluss auf das AD(H)S haben können. Steinhausen (2005) sieht die Risikofaktoren in Ergänzung zu schwierigen Familienverhältnissen, inkonsequenter Erziehung oder ungünstiger Lebensführung. Diese stehen aber immer in Wechselwirkung zu den biologischen Bedingungen (S. 7). Hier sieht Armstrong (2002) die Zusammenhänge der kulturellen, sozialen, edukativen und psychischen Aspekte, welche die AD(H)S Symptome ergänzen und die auftretenden Komorbiditäten bedingen. Zugleich steht er der Komorbidität kritisch gegenüber, denn die Grenzen zwischen AD(H)S und den anderen Defiziten sind oft nicht klar definierbar (S. 58f).

2.5. Behandlungsformen

Es gibt eine grosse Anzahl an Therapiemöglichkeiten um den verschiedenen Auswirkungen von AD(H)S entgegenzuwirken. Sie reichen von Kinästologie, Integrale Atem- und Bewegungsschulung, Logopädie bis zu Mal- und Kunsttherapie oder Klangtherapie. Diese und weitere Therapieformen zielen darauf ab, den Eltern und dem Kind die Möglichkeit zu geben, neue Verhaltensformen zu erlernen. Speziell auf das Kind bezogene Behandlungen stimulieren die Sinnesreize und verbessern die Feinmotorik.

Steinhausen (2005) betont, dass gerade die Einbindung der Eltern und Familie, aber auch die Schulen und Lehrkräfte wichtig sind für eine gelingende Therapie (S. 9). Es werden Familientherapien gemacht, in denen sowohl alle Familienmitglieder einbezogen werden, aber auch einzeln mit dem Kind gearbeitet wird. Dort werden Beziehungsmuster analysiert und neue Strategien zur Bewältigung des Familienalltags erarbeitet.

Hartmann (2009) beschreibt, wie Dr. Benjamin Feingold⁴ die Theorie vertrat, die Ernährung spiele eine entscheidende Rolle bei Hyperaktivität und sei mit Ernährungsumstellung und speziellen Diäten zu verbessern. Damals gab es einen regelrechten Hype um diese Theorie (S. 15). Diese Theorie jedoch kann bis heute nicht eindeutig belegt werden, nur in einzelnen Fällen konnten mit der Feingold-Diät Erfolge erzielt werden. Nach Steinhausen (2009) reagieren nur in Einzelfällen Kinder mit AD(H)S auf bestimmte Lebensmittel und ein Zusammenhang zwischen AD(H)S und Allergien kann somit nicht bestätigt werden (S. 7). Unklar ist aber, welche Auswirkungen Zucker, Süssungsmittel, künstliche Aromen und sonstige Zusatzstoffe auf das Verhalten eines Kindes haben.

In der Dokumentation *Wo die starken Kerle wohnen* (2009) wird ein Projekt aus Deutschland gezeigt, das in Form eines Time Outs durchgeführt wird. Kinder mit AD(H)S lebten zwei Monate lang auf einer Alp, wo ihnen kein Internetanschluss, kein Handy und kein Fernseher zur Verfügung standen. Dort lernen die Kinder, wie sie ihr tägliches Leben meistern können, zum Beispiel Holz hacken um

⁴ Benjamin Feingold. *Why Your Child is Hyperactive*. New York: Random House. 1975.

Feuer zu machen, kochen helfen und vieles mehr. In einzelnen Fällen konnte nach dieser Auszeit das Medikament Ritalin erfolgreich abgesetzt werden. Der Neurobiologe Gerald Hüter (2009) ist der Initiator dieses Projekts *Via Nova*. Den Ausschlag zu dem Projekt gab sein Gedanke, dass Kinder mehr benötigen als eine sorgfältige Vorbereitung auf das spätere Berufsleben. Sie brauchen Abenteuer, Räume, in denen sie entdecken und ausprobieren können. Damit sollen Muster aufgebrochen und neue Nutzungsmuster erlebt werden, wodurch sich auch die Hirnstrukturen verändern können (in der Dokumentation *Wo die starken Kerle wohnen*).

Medikamentöse Behandlung

Der meist eingesetzte Wirkstoff zu Behandlung von AD(H)S ist Methylphenidat. Es gibt verschiedene Medikamente mit diesem Wirkstoff. Das bekannteste unter ihnen ist Ritalin. Diese Stimulanzien bewirken laut Barkley (2011) eine Erhöhung der Substanzen Dopamin und Noradrenalin im Gehirn und regen die Aktivität der Gehirnzellen an. Dies führt dazu, dass sich die Leistungen und das Verhalten der AD(H)S betroffenen Kindern verbessern (S. 402). Die positiven Wirkungen des Medikaments zeigen sich gemäss Steinhausen (2009) in verminderter Hyperaktivität und Impulsivität und gesteigerter Aufmerksamkeit. Dadurch werden die schulischen Leistungen und das Selbstwertgefühl des Kindes verbessert (S. 8).

Es können diverse Nebenwirkungen auftreten wie bei Swissmedic (ohne Datum) zu lesen ist. Niedergeschlagenheit, Appetitlosigkeit, Schlaflosigkeit, Übelkeit, depressive Stimmungen und eine Erhöhung des Blutdrucks sind die Folge der Medikation (Fragen und Antworten zum richtigen Gebrauch von Präparaten mit Methylphenidat bei der Behandlung der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS), ¶5). Über Langzeitnebenwirkungen ist nicht viel bekannt, da noch keine Studien darüber gemacht wurden. Barkley (2011) weist darauf hin, dass eine solche Studie ethisch nicht vertretbar wäre, da Ritalin und Placebo über lange Zeit hinweg verschrieben werden müssten. Zusätzlich wäre es ein enormer Kostenaufwand (S. 410). Über die Frage, ob Ritalin eine Suchtgefahr birgt, scheiden sich die Geister. Urs Hunziker (2011), Direktor des Kantonspitals Winterthur, sagt sehr differenziert, dass es keine Daten über eine Abhängigkeit von Ritalin gibt, aber die Abhängigkeit kann entstehen durch das Gefühl von Stärke, Sicherheit, dass es einem gut geht und man leistungsfähig ist (in der Dokumentation *Hyperaktive Kinder*).

Aber auch Häberli-Nef (2009) sieht die Gefahr darin, dass ein Kind das Gefühl erhält, mit Medikamenten seien seine Probleme zu lösen und sich so eine Autoritätsgläubigkeit, zum Beispiel Ärzten gegenüber, entwickeln kann (S. 119).

Um einem Missbrauch von Ritalin entgegenzuwirken, fordern Fachleute, unter anderem auch vom Pharmazeut Prof. Gerd Glaeske (2009) gut qualifizierte Kinderärzte, die in der Lage sind, AD(H)S kompetent und differenziert zu diagnostizieren (in der Sendung Markus Lanz). Denn der Einsatz von Ritalin ist keinesfalls abzulehnen, wenn das Medikament differenziert verschrieben wird und den betroffenen Kindern der Alltag erleichtert und dadurch tatsächlich eine positive Veränderung hervorgerufen werden kann.

2.6. Kritische Sichtweisen zu AD(H)S und Medikamenten

Was die Beurteilung des Syndroms AD(H)S angeht, gibt es neben dem sogenannten ›Krankheitsbild‹ auch kritische Meinungen, die dieses in Frage stellen. Einige Experten gehen nicht von einer Krankheit aus, weil das eine zu einfache Erklärung wäre für ein komplexes Phänomen. Häberli-Nef (2009) zum Beispiel wirft die Frage auf, was denn unter Gesundheit zu verstehen ist. Sie ist der Meinung, dass Phänomene wie AD(H)S ganz individuell betrachtet werden müssen. Sie geht weniger von einer Krankheit aus, sondern versteht es als Herausforderung, der sich die Eltern, Lehrer und andere Bezugspersonen stellen müssen. Es liegt daran, wie hoch die Toleranzgrenze gesetzt wird, wenn es um Beeinträchtigungen und Auffälligkeiten im Verhalten eines Kindes geht (S. 37).

Auch auf geisteswissenschaftlicher Ebene gibt es Erklärungsansätze über die verhaltensauffälligen Kinder. Hier wird von den sogenannten Indigo-Kindern gesprochen, welche ganz neue Fähigkeiten entwickeln und ein erweitertes Bewusstsein mitbringen. Dadurch kann es sein, dass diese Kinder sich in ihrem physischen Leib und in den beengenden Normen und Regeln der Gesellschaft fremd fühlen. Henning Köhler (2001) beschreibt in einem Interview diese Situation folgendermassen:

Diese Kinder betreten die Erde tatsächlich so, dass man von ›abweichenden Wesensgliederkonfigurationen‹ sprechen kann. Aber diese Abweichungen sind als solche keineswegs krank, sondern kündigen einen Bewusstseinswandel an. Hereindrängende Zukunft prallt auf erstarrte gesellschaftliche und institutionelle Strukturen. Diese Strukturen sind Manifestationen einer Geisteshaltung, aus der heraus kein Verständnis entwickelt werden kann für das, was die neuen Kinder mitbringen. (zit. in Siegfried Woitinas, 2011, S. 52f)

Armstrong (2002) greift das Thema Etikettierung anhand einer Diagnose ADHS auf und weist darauf hin, dass dies zu einer Stigmatisierung und einer Vereinfachung führt, wobei niemand für das Problem in Verantwortung gezogen werden kann (S. 45). Er zitiert Peg Dawson, eine ehemalige Präsidentin der *National Association of School Psychologists*, die eine zukunftsorientierte Aussage machte:

Wir glauben nicht, dass die Einführung eines neuen Etiketts die beste Art des Umgangs mit dem Thema ADHS ist. Wir handeln im wohlverstandenen Interesse aller Kinder, wenn wir aufhören, immer neue Kategorien des Ausschlusses zu entwickeln und statt dessen anfangen, auf die Bedürfnisse einzelner Kinder einzugehen. (zit. in Thomas Armstrong, 2002, S. 46)

Wenn man die Entwicklung der Medizin in den letzten Jahren mitverfolgt, so fällt auf, dass immer mehr Klassifizierungen stattfinden und bestimmte Beschwerden, Verhalten und Symptome benannt und als Krankheit definiert werden. Jede noch so kleine Abweichung des Gesunden ist medizinisch erfasst und behandelbar. Da stellt sich die Frage, was ist überhaupt Gesundheit? Wird diese definiert durch die Abwesenheit von Krankheiten oder physisch und psychischen Abweichungen der Norm? Auch Benasayag und Schmit (2007) beschäftigt diese Klassifizierung. Sie sehen eine Gefahr darin, denn mit einem Krankheitsschema wird pauschal behandelt und Medikamente werden verschrieben ohne Rücksicht auf die Bedürfnisse einzelner Menschen. Das senkt die Kosten und tut der Pharmaindustrie einen Gefallen (S. 83).

Auch der Entwicklungspsychologe Jerome Kagan, im Interview mit Johann Grolle und Samiha Shafy (2012) von der Zeitschrift *Der Spiegel*, kritisiert die häufig gestellte Diagnose AD(H)S bei Kindern.

Denn das geschaffene ›Krankheitsbild‹ gibt den Kindern das Gefühl, mit ihnen sei grundsätzlich etwas nicht in Ordnung, was sich wiederum auf ihr Verhalten auswirkt und lähmend sein kann (S. 95). In einem Interview von Jörg Blech (2012) vom *Spiegel* sagt der amerikanische Nervenarzt Leon Eisenberg über die grundlegende Frage, was AD(H)S sei: „AD(H)S ist ein Paradebeispiel für eine fabriizierte Erkrankung. Die genetische Veranlagung für AD(H)S wird vollkommen überschätzt“ (S. 128).

Der Pharmazeut Glaeske (2009) bringt mit seiner Aussage die kontroverse Diskussion über Medikamente auf den Punkt, indem er sagt: „Arzneimittel dürfen nicht zum Kitt sozialer Probleme werden“ (in der Sendung Markus Lanz, 2009). Auch Armstrong (2002) weist darauf hin, dass der Einsatz von Medikamenten den Kindern den Eindruck vermitteln kann, Tabletten oder Pillen seien die Lösung für Probleme und Schwierigkeiten, was zur Folge hat, dass die Schwierigkeiten nicht mehr aus eigener Anstrengung gemeistert werden (S. 69f).

Über die Diagnose spricht auch Jerome Kagan im Interview mit Grolle und Shafy (2012). Er vertritt die Ansicht, dass bei einer Verhaltensauffälligkeit oft sehr schnell eine Diagnose gestellt wird und wo die Ärzte ein Mittel zu Hand haben, ist es auch schnell verschrieben (S. 95).

Zu Ritalin äussern sich auch Miguel Benasayag und Gérard Schmit (2007), sie sehen ein, dass Ritalin in einzelnen Fällen sehr hilfreich sein kann. Aber wenn es verschrieben wird, aufgrund mancher Anpassungsschwierigkeiten, werden diese Kinder einer Norm angepasst, damit sie den Anforderungen, die eine Gesellschaft stellt, entsprechen. Daher bezeichnen sie Ritalin auch als sogenannten ›Bravmacher‹ (S. 137). Armstrong (2002) stellt die Frage ob die, mit Medikamenten bewirkte Gehorsamkeit wirklich ein erstrebenswertes Ziel sei (S. 40).

Grundsätzlich kann die Frage gestellt werden, ob nicht die Kinder mit AD(H)S das Problem sind, sondern mit ihrem Verhalten darauf hinweisen, dass Veränderungen im System nötig sind. Die Kinder- und Jugendpsychiaterin Dr. med. Madeleine Altorfer – Pfander sieht das Problem auf beiden Seiten. Einerseits fallen die AD(H)S Kinder mit ihrem Verhalten aus dem ›Wunschprogramm‹ heraus, welches durch gesellschaftliche und kulturelle Normen geprägt ist. Andererseits sind diese Normen einschränkend, denn diese Andersartigkeit wird oft nicht akzeptiert und den Kindern darüber hinaus ein Stempel aufgedrückt (Fachpoolgespräch vom 13. November 2012 mit der Autorin Mailies Pfahler).

Es steht ausser Frage, dass Ritalin Kindern unter besonders schwierigen Umständen eine Lebensqualität ermöglichen kann, die sie sonst nicht hätten. Trotzdem müssen bei einer so häufigen Diagnostizierung, wie das heute der Fall ist, die Folgen bedacht werden. Was bewirkt der Einfluss der Medikamente auf das Gehirn und die Psyche? Kann das einem Kind tatsächlich zugemutet werden? Bislang weiss man nichts über die Langzeitwirkung, aber diese wird sich im Laufe der Zeit zeigen. Auch das Interesse der Pharmaindustrie-Monopole darf kritisch betrachtet werden. Welche Interessen verfolgen sie und geht es ihnen um das Wohl der Menschen oder vor allem um die Wirtschaftlichkeit?

Nur eine genaue Auseinandersetzung mit allen pro und kontra Argumenten zum Thema Medikamente und ADHS ermöglicht eine differenzierte Meinungsbildung.

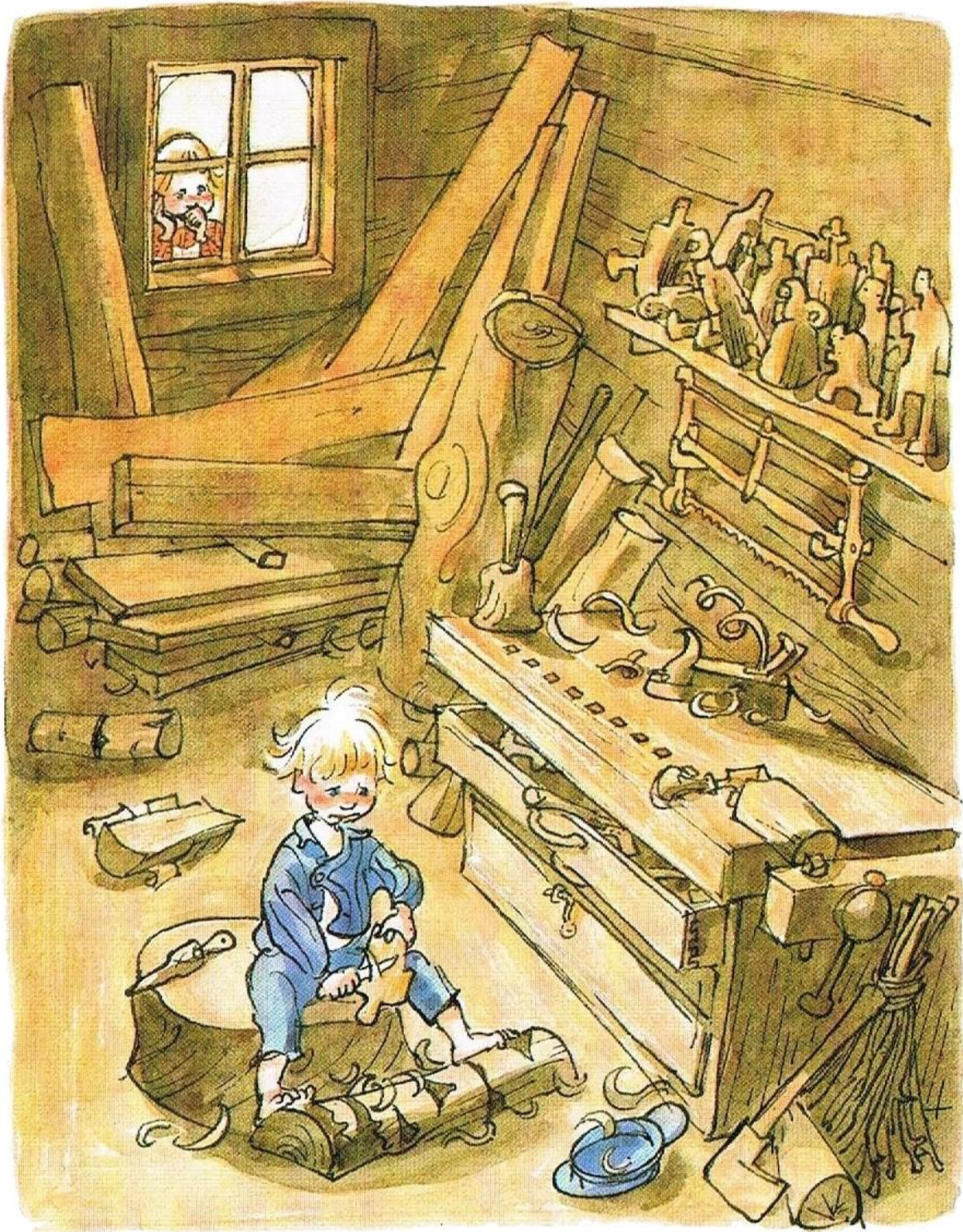


Abbildung 6 Michel schnitzt Holzmännchen (Lindgren, 1986, S. 6)

3. AD(H)S aus unterschiedlichen Perspektiven

Welche Einflüsse können Systeme der Makro-, Meso- und Mikroebene auf Kinder mit AD(H)S haben und wie kann die Resilienz betroffener Kinder auch in der Soziokulturellen Animation gefördert werden?

Der sozialökologische Ansatz der Entwicklung versucht nach Dieter Baacke (1999), die kindlichen Lebenswelten in „ganzheitlichen Betrachtung“ zu erfassen (S. 107). Der Entwicklungspsychologe Urie Bronfenbrenner erarbeitete die ökologische Entwicklungstheorie unterteilte die Lebenswelten des Kindes in verschiedene Systeme. Diese Systeme beschreibt August Flammer (2009) als Makrosystem, Exosystem, Mesosystem und Mikrosystem (S. 251ff). Baacke (1999) erweitert diese Ausführung Bronfenbrenners, indem er die Systeme als sozialökologische Zonen definiert, die sich in erster Linie auf die Erfahrungsräume der Kinder beziehen (S. 112). Diese zwei Sichtweisen gleichen sich weitgehend, unterscheiden sich aber darin, dass Bronfenbrenner die Systeme abstrakter und weitgefasster darstellt. Die Systeme und Lebensräume, in denen Kinder aufwachsen und sich entwickeln, können sich überschneiden und daher ist es nicht einfach zu definieren, wie diese AD(H)S beeinflussen und welche Folgen dies hat. Doch die Autorin versucht anhand der ökologischen Entwicklungstheorie einzelne Lebensräume und Systeme mit AD(H)S in Verbindung zu bringen und die gegenseitige Beeinflussung aufzuzeigen. Da nicht alle Systeme und Lebenswelten in dieser Arbeit berücksichtigt werden konnten, zeigt die Autorin in einer Darstellung die ausgewählten Lebensbereiche der Kinder, die auch für die Soziokulturelle Animation relevant sind. Hierbei spricht sie von Ebenen und nicht wie Bronfenbrenner von Systemen.

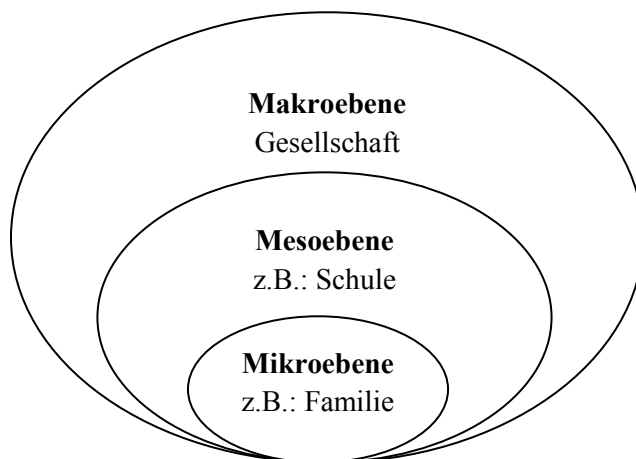


Abbildung 7 Makro-, Meso-, Mikroebene (eigene Darstellung nach Bronfenbrenners Systemkategorien in Flammer, 2009, S. 249)

Grundsätzlich sind sich Fachpersonen nicht einig, ob Einflüsse von aussen AD(H)S bedingen. Aber unterschiedliche Voraussetzungen in verschiedenen Lebensbereichen der Kinder wirken sich negativ, beziehungsweise positiv auf das Verhalten und die Persönlichkeit des Kindes aus. Dieses Thema wird in den folgenden Kapiteln näher angeschaut.

3.1. AD(H)S und Gesellschaft (Makroebene)

Das Makrosystem beschreibt Flammer (2009) als „(...) Kulturen oder Subkulturen oder Zeitkulturen (oder Zeitgeiste) [, welche] in starkem Ausmass Wertorientierungen und Lebensnotwendigkeiten [bestimmen]“ (S. 255).

Die Gesellschaft verändert sich in kultureller, sozialer und wirtschaftlicher Hinsicht sehr schnell. Somit ändern sich auch die Perspektiven und die Ziele einer Gesellschaft und des einzelnen Menschen. In diesem schnelllebigen Informationszeitalter ist es nicht einfach, den Kindern eine gute Vorstellung der Zukunft mitzugeben. Jeder Tag wird von den Medien mit Schreckensnachrichten, Kriegsbildern, Klimawandel oder Meldungen über Krankheiten überflutet. Der Begriff Katastrophengesellschaft ist hier nicht neu erfunden. Winterhoff (2011) weist darauf hin, dass schon der Soziologe Ulrich Beck⁵ in den Achtzigerjahren diesen Ausdruck brauchte, um die Entwicklung unserer Gesellschaft zu beschreiben (S. 38). Es braucht schon als erwachsene Person eine gewisse Kraft um sich ein klares Urteilsvermögen zu wahren. Auch Kinder sind dieser Flut an Informationen ausgesetzt. Hier wird der Einfluss grösser sein, denn die Fähigkeit zu differenzieren und sich abzugrenzen ist noch nicht ausgereift. Dies trifft vor allem auf Kinder mit AD(H)S zu, welche Informationen und Reize von aussen nicht filtern können und daher schnell einmal überfordert sind mit solchen Bildern. Armstrong (2002) sieht das Problem auch darin, dass die Informationen in den neuen Medien immer schneller und in kürzeren Abständen übermittelt werden, das heisst, es wird allgemein keine grosse Aufmerksamkeitsspanne mehr gefordert. Es scheint, die Kinder entwickeln „Aufmerksamkeitsstrategien (...), die auf das schnelle Erfassen von Informationen in grossen Einheiten zielen“ (S. 53).

Verhaltensnormen sind ein Konstrukt der Gesellschaft. Die Bewertung dieser Normen erfolgt allerdings sehr individuell. Auffälliges Verhalten kann somit als eine Abweichung der Norm gesehen werden, muss aber nicht. Einige Verhaltensnormen können laut Rolf Haubl und Katharina Liebsch (2009) durchaus in Frage gestellt werden, denn: „(...) deskriptive Normen [sind] nicht ohne Rekurs auf wertbezogenen Normen zu haben (...), mithin stets die Frage nach einem gesellschaftlich bevorzugten Lebensstil aufwerfen“ (S.131). Etwas überspitzt äussern sich Benasayag und Schmit (2007) über zwei zentrale Eigenschaften der Gesellschaft, dem Erfolgs- und Machtstreben. Das heisst, ein Individuum ist gesellschaftlich akzeptiert, wenn es erfolgreich ist und soziale Beziehungen als Nutzen zum Erfolg sieht (S. 35). Was hier den Kindern vorgelebt wird, beruht nicht auf Werten der Integration, der Zusammengehörigkeit und der Akzeptanz gegenüber Andersartigkeit. Das AD(H)S Kind fällt aus dem gesetzten Rahmen heraus und bekommt von aussen den Eindruck vermittelt, mit ihm sei etwas nicht in Ordnung, weil es sich nicht anpassen kann. Anders gesehen, könnte der Zwang, nach den einengenden Regeln der Gesellschaft zu leben, für die Kinder überfordernd sein und sie äussern dies mit einem auffälligen Verhalten, das so gar nicht in die gesellschaftliche Verhaltensnorm passt.

Zu Recht fordern Benasayag und Schmit (2007) Psychologen auf, nicht nur die medizinischen Aspekte zu betrachten, sondern auch gesellschaftliche Probleme in die Diagnosen einfließen zu lassen (S. 47).

Durch die Medizin wird mit einer Diagnose auch immer eine Klassifizierung vorgenommen. Das Problem ist laut Benasayag und Schmit (2007), dass mit der Klassifizierung auch ein Etikett angehängt wird. Passt ein Verhalten oder ein Zustand nicht in die Norm einer Gesellschaft, ist eine Etikettierung schnell gemacht (S. 86ff). Sich von solchen Etikettierungen zu lösen oder zumindest Vorurteilsfrei zu bleiben, bleibt eine grosse Herausforderung für die Bezugspersonen von AD(H)S Kindern.

Dass eine Zunahme der Medikalisierung, wie das auch bei AD(H)S, geschieht, kommt nicht von ungefähr. Peter C. Meyer (2011), Direktor des Departements für Gesundheit, sieht die Gründe im Wandel der Werte einer Gesellschaft. Die Ideale der jugendlichen Schönheit, der Leistungsfähigkeit und der

⁵ Beck, Ulrich (1986). *Risikogesellschaft*. Frankfurt: Suhrkamp.

Konsumhaltung haben immer mehr zugenommen. Hinzu kommt die „Abnahme der Toleranz gegenüber Abweichung, insbesondere Leistungsschwäche [und] Funktionsstörungen“. Des Weiteren sei der Medikamentenkonsum legitim geworden und die soziale Kontrolle durch das professionelle Gesundheitswesen gewachsen (S. 2). Auch die Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin NEK-CNE (2011) sieht die Gefahr darin, dass durch eine Verbreitung der Medikalisierung die menschliche Vielfalt abhanden käme und mit dem Uniformitätsdruck die Toleranz gegenüber Andersartigkeit noch mehr abnehmen würde (S. 4). Für die Zukunft postuliert Meyer (2011) dass die Risiken und Wirkungen der Medikamente sorgfältig evaluiert werden und in der Öffentlichkeit eine kritische Auseinandersetzung über die Medikalisierung stattfinden soll. Für eine Regulierung der Medikalisierung spielt die Förderung der Gesundheitskompetenzen der Bevölkerung und der Patienten eine grosse Rolle (S. 7).

Um noch einmal auf den gesellschaftlichen Wandel zurückzukommen: Michael Winterhoff (2011) fügt hinzu, dass sich auch das Verständnis für die Kindheit im Vergleich zu früher im positiven Sinne stark verändert hat. Die negative Seite ist jedoch, dass heutzutage schon sehr früh auf die Leistung geschaut wird. Frühförderung, der Druck in der Schule, eine ausgebuchte Freizeit, all das verkürzt die Kindheit insofern, als dass Kinder kaum mehr Zeit haben richtig Kind zu sein, ohne Druck und ohne Verpflichtungen (S. 28f). Diese Faktoren sind für alle Kinder und Bezugspersonen eine grosse Herausforderung, aber AD(H)S Kinder stehen vor zusätzlichen Schwierigkeiten durch ihre symptombedingten Eigenschaften.

Ein Gedanke möchte die Autorin an dieser Stelle noch anfügen. Im Hinblick auf die Tatsache, dass sich die gesamte Menschheit immer im Wandel steht, wird sich auch das Verständnis der Kindheit weiter entwickeln. Es braucht eine Veränderung weg vom Leistungs- und Anpassungsdruck, damit die Kinder gesund entwickeln können und die Andersartigkeit in jeglicher Hinsicht Akzeptanz finden kann. Hier sind Offenheit, neue Denkansätze und Handlungsweisen von allen Bezugspersonen und Fachleuten gefragt um allen Kindern gerecht zu werden.

3.2. AD(H)S und Schule (Mesoebene)

Laut Flammer (2009) umfasst das Mesosystem nach Bronfenbrenner „die Wechselbeziehungen zwischen den Lebensbereichen, an denen die sich entwickelnde Person aktiv beteiligt ist“ (S. 253). Die Schule kann durchaus dieser Ebene zugeteilt werden, obwohl im Vergleich Baacke (1999) die Schule dem ökologischen Ausschnitt zuordnet (S. 113), der wiederum dem Exosystem Bronfenbrenners entspricht und über das Exosystem sagt Flammer (2009) dass dies Lebensbereiche beinhaltet „an denen die sich entwickelnde Person nicht selbst beteiligt ist, in denen aber Ereignisse stattfinden, die sie betreffen“ (S. 255). Die Autorin orientiert sich hier mehr an Bronfenbrenner und schreibt die Schule als Lebensbereich der Mesoebene zu.

Laut der Statistik des Bundesamts für Gesundheit (BaG) erreicht die Verabreichung von Methylphenidat bei Kindern im Alter von 12 Jahren einen Höhepunkt⁶. Der Schulpsychologe Lukas Bucher (2012) erklärt das Phänomen mit der Begründung, dass die Anforderungen bis zur 6. Klasse kontinuierlich steigen, dass immer mehr Leistung verlangt wird, was zu diesem Anstieg der Verschreibungen von Ritalin führt (im *Tages-Anzeiger*, fehlende Seitenangabe).

Tatsächlich sind die Kinder einem Leistungsdruck ausgeliefert. Hinzu kommen Selektion und Benotung. Das alles schafft einen enormen Druck, alles richtig zu machen und möglichst viel zu lernen, um später gute Voraussetzungen zu haben. Dies gilt natürlich für alle Schulkinder; aber gerade Kinder mit AD(H)S sind oftmals diesen Anforderungen nicht gewachsen. Die meisten Probleme tauchen in der

⁶ Siehe Abbildung 2, S. 9

Schulzeit auf und nicht selten sind die Lehrpersonen und die Eltern überfordert mit der gesamten Situation. Auch die AD(H)S Kinder sind überfordert, denn laut Barkley (2011) fällt ihnen das lange Stillsitzen, Aufpassen, Zuhören, das angemessene Verhalten und der Umgang mit anderen Kindern schwer (S. 151). Oft ist der Unterrichtsstoff zu trocken und zu abstrakt und damit ist es umso mühevoller für Kinder mit AD(H)S sich auf dem Unterricht zu konzentrieren. Barkley (2011) weist darauf hin, dass solche Kinder vor allem Mühe mit den Regeln in Schule und Unterricht, mit den Anweisungen der Lehrpersonen haben. Sie schweifen ab, können nicht lange an einer Aufgabe bleiben, spazieren im Klassenzimmer umher, sprechen mit anderen Kindern oder schauen zum Fenster hinaus. So verliert die Anweisung des Lehrers für das Kind an Bedeutung. Er verknüpft dieses Verhalten mit der Impulsivität der Kinder (S. 80ff). Dazu können die Teilleistungsschwächen, wie Legasthenie oder Dyskalkulie kommen, die alles noch erschweren. Zuhause gehen die Probleme meist weiter, wenn es um die Hausaufgaben geht, was sich belastend auf die ganze Familie auswirken kann. Ausserdem stossen die AD(H)S Kinder mit ihrem Verhalten bei ihren Schulkameraden und Schulkameradinnen oft auf Ablehnung. Dies kann, wie Barkley (2011) es formuliert, zu Ausgrenzung führen und wirkt sich negativ auf das Selbstwertgefühl der Kinder aus. Auch wenn es nicht bei allen der Fall ist und manche Kinder sehr dominant erscheinen, könnte es sich auch um eine Art Selbstschutz handeln (S. 152).

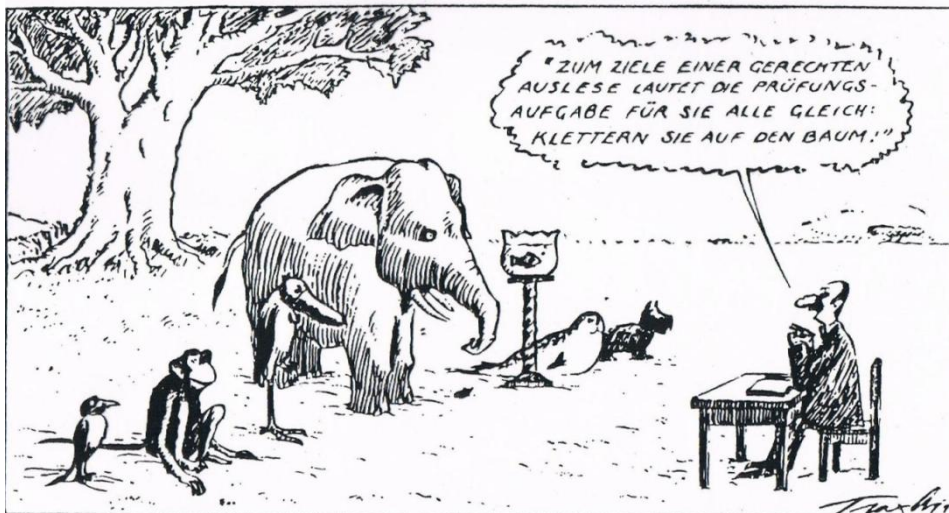


Abbildung 8 Chancenungleichheit in der Schule (Quelle unbekannt)

Den betroffenen Kindern während der Schulzeit Ritalin zu verschreiben, damit sie die Anforderungen meistern und die sozialen Beziehungen pflegen können, ist daher gar kein abwegiger Gedanke. Bucher (2012) ist der Meinung, dass bei einer starken Beeinträchtigung Ritalin oder eine Therapie sehr viel bewirken und die Kinder dem Leistungsdruck standhalten können. Ohne diese Massnahmen kann das für die Kinder im späteren Leben negative Folgen haben (im *Tages-Anzeiger*, fehlende Seitenangabe). Nicht nur auf der Basis der Medikamente, sondern auch inhaltlich und didaktisch können AD(H)S Kinder unterstützt werden. Häberli-Nef (2009) sieht die Wichtigkeit darin, die Sachkompetenzen, Selbstkompetenzen und Sozialkompetenz der Kinder innerhalb des Unterrichts zu stärken. Dabei muss es inhaltlich auf Qualität statt Quantität ankommen (S. 17). Somit soll das Kind dazu ermuntert werden, eigenes Interesse und Freude am Lernen zu entdecken und zu entwickeln. Den wichtigsten Faktor für eine gelingende Schulzeit sieht Barkley (2011) in der Beziehung zwischen Kind und Lehrperson. Diese wirkt sich langfristig förderlich auf das Verhalten und die Leistung des Kindes aus (S. 333f).

Armstrong (2002) schreibt über Studien, welche belegen, dass die Stärke von AD(H)S Kindern im beiläufigen [informellen] Lernen liegt, was aber mit den traditionellen Unterrichtsformen oft nicht zu vereinbaren ist und deswegen haben Kinder mit AD(H)S gegenüber anderen Schülern und Schülerinnen einen deutlichen Nachteil, da sie mit der Unterrichtsform und den Inhalten schnell überfordert sind (S. 57). Die Möglichkeit, diesen Kindern das Lernen zu erleichtern, sieht Armstrong (2002) darin, dass verschiedene Methoden, wie praxisbezogenes Lernen und eigenverantwortliche Durchführung von Projekten, in den traditionellen Unterrichtsstil einbezogen werden (S. 58). Es gibt bereits Schulformen, die unterschiedliche Lernstile praktizieren und mit ihrer Philosophie individuell auf das Kind eingehen. Aber auch an staatlichen Schulen werden Schulsozialarbeiter und Schulsozialarbeiterinnen eingesetzt, die einen Teil der Aufgaben der Lehrpersonen übernehmen. Martin Hafen (2005) sieht diese Veränderung im Schulwesen, in dem die Soziale Arbeit, beziehungsweise die Soziokulturelle Animation vermehrt in der Schule integriert und erzieherisch wirken wird (S. 80f). Dies kann für Lehrpersonen eine enorme Entlastung darstellen, denn mit verhaltensauffälligen Kindern in der Gruppe, kann spezifischer gearbeitet werden, wenn Professionelle der Sozialen Arbeit miteinbezogen werden. Hafen (2005) sieht die Zukunft in einer sozialpädagogischen Schule, die gleichermassen Bildung und psychosoziale Erziehung fördert. Die Schwierigkeit liegt aber in den Reformprozessen und daher sind Mischformen einer Zusammenarbeit zwischen Pädagogik und Sozialer Arbeit wahrscheinlicher (S. 69f).

3.3. AD(H)S und Familie (Mikroebene)

Laut Baacke (1999) ist das ökologische Zentrum (oder nach Bronfenbrenner das Mikrosystem) die Familie oder der Ort mit den unmittelbarsten Bezugspersonen (S. 112f). Flammer (2009) beschreibt drei zentrale Elemente, die „das entwicklungsrelevante Geschehen in dieser Umgebung (...) kennzeichnen (...): die Tätigkeit, die Beziehung und die Rolle“ (S. 251).

Das Kind bringt verschiedene Eigenschaften in das Leben mit und entwickelt diese im Laufe seiner Kindheit bis ins Erwachsenenalter weiter. Der Charakter des Kindes ist ein individuelles Merkmal, auf den von aussen kaum Einfluss zu nehmen ist. Auch vom Temperament ist das Verhalten abhängig, ob cholerisch, phlegmatisch, sanguinisch oder melancholisch, es prägt die Persönlichkeit des Kindes. Bei AD(H)S kann das Temperament die Verhaltensmerkmale noch verstärken. Ist es von Natur aus schon melancholisch veranlagt, ist bei AD(H)S zum Beispiel die Verträumtheit noch ausgeprägter oder bei einem cholerischen Kind die Impulsivität noch höher. Diese Charaktereigenschaften sollten im Umgang mit AD(H)S Kindern auch berücksichtigt werden.

Flammer (2009) beschreibt die Entwicklungsaufgaben nach Erik H. Erikson vom sechsten Lebensjahr an bis in die Pubertät. Das Kind entwickelt in diesem Alter seine Wissbegierde und den Fleiss im schulischen Kontext. Ob es das schafft oder daran scheitert, entscheidet sich in diesem Alter und führt entweder zu Erfolgserlebnissen und somit zu Bestätigung oder zum Misserfolg, was sich auf das Selbstwertgefühl auswirkt. Daran ist die Schule massgebend beteiligt. Die positiven oder negativen Erlebnisse tragen grundsätzlich zu der späteren Persönlichkeit des Kindes bei (S. 99f). Das Selbstwertgefühl kann bei AD(H)S leiden, vor allem, wenn das Kind ständig negative Rückmeldungen auf sein Verhalten aus dem sozialen Umfeld erlebt. Häberli-Nef (2009) beschreibt einige typische Aussagen, die von Kindern mit AD(H)S wohl oft gehört werden und die sich negativ auf das Selbstwertgefühl auswirken. Dazu gehören zum Beispiel: „Du gibst dir keine Mühe. Du nimmst dich zu wenig zusammen. Du hörst schon wieder nicht zu. Du machst immer nur Unordnung“ (S. 14). Das kann auch zu Versagensängsten seitens der Kinder führen, wenn sie es den Eltern recht machen wollen, aber durch das AD(H)S dazu nicht in der Lage sind.

Oftmals ist für die Eltern die Leistung des eigenen Kindes sehr wichtig und sie stellen hohe Anforderungen, denen es nicht gewachsen ist. Gertraud Finger (2008) begründet dieses Verhalten damit, dass viele Eltern als Kind selbst Versagensängste hatten und diese jetzt an ihre Kinder weitergeben. Für das Kind ist nicht das Leistungsversagen an sich schlimm, sondern die Enttäuschung der Eltern (S. 88f). Somit ist ein Kind eigentlich permanent einem Leistungsdruck ausgesetzt, von der Schule und von den Eltern. Das führt wiederum zu einer Überforderung auf allen Seiten.

Auch die Eltern stehen unter Druck. Sie sorgen sich um die Zukunftsperspektive der Kinder und diesen Druck leiten sie (unter Umständen unbewusst) an die Kinder weiter.

Ein weiterer Faktor, der innerhalb einer Familie bedeutend ist, ist die Beziehung zwischen den Eltern und dem Kind. Die Beziehung zeigt sich auf verschiedenste Art und Weise. Benasayag und Schmit (2007) beschreiben die symmetrische Beziehung, in der Autorität im herkömmlichen Sinne nicht gegeben ist. Viel mehr findet sie auf gleicher Ebene statt und das Verhalten der Erwachsenen kann zu einer ganz anderen Art von Autorität führen. Es wird mit Zwang oder Verführung versucht, die Ziele zu erreichen. Funktioniert das beim Kind nicht, kann es vorkommen, dass Gewalt angewendet wird (S. 31f). Auch Michael Winterhoff (2009) beschreibt ein ähnliches Konzept, er nennt es Kind als Partner. Auch hier gibt es keine natürliche Hierarchie, sondern man versucht die Kinder über Erklärungen und logisches Verstehen zu erziehen. Dies birgt gewisse Gefahren in sich. Einerseits kann ein Kind nicht alle Erklärungen der Erwachsenen nachvollziehen, andererseits wird es selbst bestimmend und nicht selbständig, was dazu führt, dass es Fremdbestimmung nicht akzeptiert (S. 52f). Gerade mit den logischen Erklärungen und dem Überlassen von Entscheidungen, die das Kind in längerfristiger Hinsicht gar nicht treffen kann, entwickelt das Kind ein Verhalten, das als auffällig gilt. Winterhoff (2009) sieht darum die natürliche Hierarchie zwischen Eltern und Kind als eine Schutzfunktion, die es dem Kind ermöglicht, sich gesund zu entwickeln (S. 83).



Abbildung 9 *Klein-Ida und Michel machen Unfug 2* (Lindgren, 1986, S. 40)

Die Erziehung und die Grundlagen der Sozialisation der Kinder passieren laut Christian Alt (2004) in erster Linie immer noch im Bereich der Familie. Durch die Veränderung der Familienstrukturen und den gesellschaftlichen Wandel verlagern sich diese Prozesse immer mehr nach aussen. Aus diesem Grunde hat die Bedeutung der Schule, der Kindergärten aber auch der Peer-Groups zugenommen (S. 78). Das heisst auch für die Soziokulturelle Animation, dass sie in wichtigen kindlichen Prozessen teilnimmt und damit an Verantwortung mitträgt um die kindliche Lebenswelt positiv zu gestalten.

Wenn die Öffentlichkeit Verantwortung übernimmt sieht Alt (2004) aber die Wichtigkeit bei der „Unterstützung und Stärkung der Familie bei den Aufgaben, die durch die Erziehung von Kindern auf die Familie zukommen“ (S. 80).

3.4. AD(H)S und Soziale Arbeit

In den letzten Kapiteln hat die Autorin beschrieben welche Einflüsse aus verschiedenen Lebensbereichen von aussen auf das Kind einwirken und wie die Auswirkungen auf das AD(H)S sein können. Es wird vor allem von negativen Einflüssen gesprochen, aber da im Grunde genommen noch wenig spezifisches Wissen über AD(H)S und dem Umgang in der Allgemeinheit vorhanden ist, überwiegen diese negativen Seiten noch. Veränderungen sind möglich durch eine Sensibilisierung des Themas AD(H)S und hier spielt die Soziale Arbeit eine nicht unwesentliche Rolle, da Professionelle der Sozialen Arbeit auf allen Ebenen beziehungsweise Makro-, Meso- und Mikroebene agieren.

Menschenbilder und die Werte der Sozialen Arbeit richten sich nach dem Wohl und den Bedürfnissen des Menschen. So basiert ein Menschenbild der Sozialen Arbeit auf einem humanistischen Ansatz nach Rogers, wo der Mensch als ein lern- und entwicklungsfähiges und von Natur aus gutes Individuum angesehen wird. Ein allgemeingültiges Menschenbild für die Profession Soziale Arbeit wurde aber noch nicht definiert. Es kann sein, dass individuelle Menschenbilder und theoretische Ansätze aus der Profession zusammenfliessen, woraus eine Grundlage für die Praxis gebildet wird. Stefan Rosenberger (2005) bringt einen Vorschlag für ein professionelles Menschenbild für die Soziale Arbeit. Er spricht von einem bio-psycho-sozio-kulturellen Menschenbild. Dieses berücksichtigt gesetzmässige Zusammenhänge zwischen den biologischen und psychischen Eigenschaften des Menschen und dem sozialen und kulturellen Umfeld. Das heisst, soziale Probleme sind verknüpft mit biologischen, psychischen und gesellschaftlichen Prozessen und Strukturen (S. 6). Mit der Beachtung solcher Zusammenhänge können die sozialen Bedürfnisse des Menschen befriedigt und die Einbindung in ein soziales Umfeld ermöglicht werden. Ein solches Menschenbild kann ausserdem dabei helfen, AD(H)S Betroffenen neutral zu begegnen und sich nicht von Vorurteilen blenden zu lassen.

Gregor Husi (2010) definiert einen Wert, als eine Vorstellung, deren Bestrebung mit Lebenszielen, Lebensformen und Lebenslagen zusammenhängt. Es gibt die individuellen Werte und die Werte einer Gesellschaft, welche aber nicht zwingend übereinstimmen müssen. Um diese Werte zu leben, werden Normen geschaffen, denen gegenüber zwei Verhaltensweisen möglich sind. Entweder die Befolgung oder die Abweichung, welchen mit Belohnung oder Bestrafung begegnet wird (S. 6ff). AD(H)S wird oft als eine Abweichung der, von der Gesellschaft definierten, Norm gesehen, auch wenn das AD(H)S nicht beabsichtigte abweichende Verhaltensweisen verursacht. Es ist nicht nur das auffällige Verhalten, es kann schon auffallen, wenn eine Person anders ist oder besondere Bedürfnisse hat, wie das beim AD(H)S der Fall ist. Normen können sich aber auch verändern. So schreibt Häberli-Nef (2009), wenn zum Beispiel aussergewöhnlich viele Kinder Auffälligkeiten zeigen, ist das mit der Zeit nichts Besonderes mehr und wird zur Norm (S. 38). Nicht nur die Normen einer Gesellschaft, sondern auch die beruflichen Werte müssen hinterfragt und immer wieder neu definiert werden. Husi (2010) nennt einige Punkte, die in der Wertefrage berücksichtigt werden sollen. Das betrifft zum Beispiel die Kongruenz der persönlichen und beruflichen Werte, das Verhältnis der gesellschaftlichen und beruflichen Werte, die Werthaltung in Projekten, den Umgang mit der Adressatenschaft, sowie die politischen Werte (S. 3). Diese Faktoren werden mit den eigenen und beruflichen Werten verglichen und reflektiert. Die Werthaltung zeigt sich auch im Berufskodex der Sozialen Arbeit von Avenir Social (2010), dort wird gefordert, die Menschenwürde zu achten, Diskriminierung in jeglicher Hinsicht zu vermeiden, soziale Gerechtigkeit zu schaffen und die eigenen Handlungen ethisch zu begründen (S. 8ff).

In allen Praxisbereichen der Sozialen Arbeit werden die Professionellen mit Abweichungen des Normverhaltens konfrontiert. Ob Erwachsene, Jugendliche oder Kinder, auf die Grundhaltung, mit der auf die Personen zugegangen wird, kommt es an. Die Schwierigkeit besteht darin, die gesellschaftlichen, die individuellen und mit den beruflichen Werte und Normen zu vereinbaren und daraus eine Intervention zu begründen.

4. Theoretischer Ansatz zum Umgang mit AD(H)S

Was im grossen und ganzen über AD(H)S gesagt und wie mit diesem Syndrom umgegangen wird, fällt auf, dass der Fokus vor allem auf die Probleme, die Schwierigkeiten und das Nicht-Können der Kinder gelegt wird. Zu Recht sagt der Priester Ulrich Meier (2011), dass vermehrt die Aufmerksamkeit auf die Fähigkeiten und Stärken, welche die Kinder mitbringen, gelegt werden sollten und nicht „in einer womöglich sogar einseitigen Fixierung auf die Defizite ständig von aussen an den Schwächen herumzudoktern“ (S. 144). Mit dem Resilienzkonzept wird die Fähigkeit von Kindern untersucht, sich trotz widrigen Umständen gesund zu entwickeln und dabei wird der Blick auf die Kompetenzen der Kinder gelenkt. Corina Wustmann (2011) weist darauf hin, dass: „die Ausbildung und Stärkung von Resilienz (...) in Kenntnis dieser Befunde zum *integralen* Bestandteil von Bildungs- und Erziehungsprozessen gemacht werden [kann]“ (S.10). Damit ist auch die Soziokulturelle Animation angesprochen, die einen wichtigen Beitrag an Bildungs- und Erziehungsprozessen leistet.

Das Resilienzkonzept und AD(H)S lässt sich gut verbinden, da AD(H)S Kinder sich auf einem schmalen Grat zwischen Resilienz und Risiko entwickeln. Martin Holtmann (ohne Datum) zählt AD(H)S Betroffene zu der besonders belasteten Gruppe, die 20% der der Kinder ausmachen, welche sich auf „riskanten Entwicklungspfaden“ befinden (S.18).

Nachfolgend definiert die Autorin das Resilienzkonzept und geht dann näher auf die Resilienzförderung ein.

4.1. Das Resilienzkonzept

Jeder Mensch hat in verschiedenen Lebensphasen Entwicklungsaufgaben, denen er sich stellt. Kitty Cassée (2007) schreibt, dass innerhalb bestimmter Zeiträume im Leben diese Entwicklungsaufgaben kommen. Diese sind zeitlich nicht genau einzugrenzen, denn Entwicklungsaufgaben können auch zu einem späteren Zeitpunkt bewältigt werden. Der Sinn besteht darin, dass mit der Bewältigung neue Fähigkeiten erlernt werden. Ein Scheitern bedeutet eine Beeinträchtigung in der Entwicklung (S. 39 und 42).

Das Resilienzkonzept setzt sich mit diesen Fähigkeiten auseinander und beschäftigt sich mit den Faktoren, die dafür verantwortlich sind, dass Kinder trotz schlechter Voraussetzungen sich »normal« entwickeln können. Resilienz bedeutet nach Wustmann (2011) Widerstandsfähigkeit, Elastizität und Spannkraft. Gemeint ist die: „(...) psychische Widerstandsfähigkeit von Kindern gegenüber biologischen, psychologischen und psychosozialen Entwicklungsrisiken“ (S. 18). Es wird untersucht, welche Faktoren entscheidend für die erfolgreiche Bewältigung von Krisen sind, an denen andere Kinder unter denselben Voraussetzungen zerbrechen würden. Das Resilienzkonzept unterscheidet nach Wustmann (2011) zwei verschiedene Phänomene: die Erhaltung und die Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit bei Kindern (S. 19). Die Resilienz ist nicht als unveränderbare Komponente zu verstehen. Sie kann sich im Laufe der Zeit ändern und Wustmann (2011) sagt hierzu, dass ein Kind zu einem Zeitpunkt resilient und später in derselben Situation aber überfordert ist. Die Resilienz ist auch nicht angeboren, sondern das Kind erwirbt sie im Zusammenhang mit seiner Umwelt (S. 28ff).

Es wurden einige Faktoren erforscht, welche die Resilienzfähigkeit der Kinder stärken. Klaus Fröhlich-Gildhoff und Maïke Rönnau-Böse (2009) nennen Faktoren, wie Selbstwahrnehmung, Kommunikationsfähigkeit, Lebenseinstellung, Kreativität, Bewältigungsstrategien, welche sich positiv auf die Resilienz auswirken. Bei diesen Ressourcen wird unterschieden zwischen personalen und sozialen Faktoren (S. 40f). Soziale Kompetenzen sind gleichwohl einflussreich auf eine erfolgreiche Widerstandsfähigkeit eines Kindes.

Auch Holtmann (ohne Datum) erwähnt Faktoren, welche die persönliche Resilienz positiv beeinflussen.

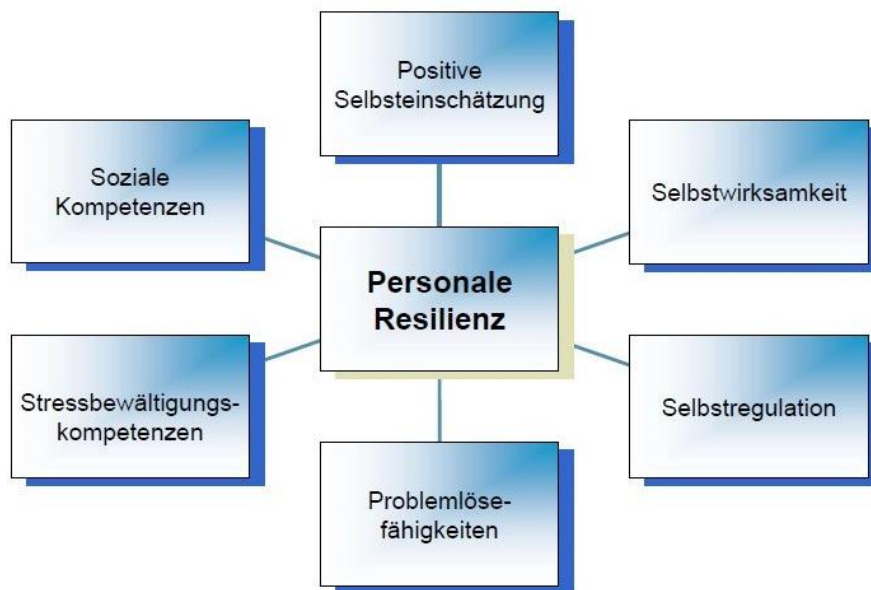


Abbildung 10 Resilienz bei Kindern (Holtmann, ohne Datum, S. 14)

Darüber hinaus benennt Holtmann (ohne Datum) Phänomene, die auf Resilienz hinweisen. Das können die gesunde Entwicklung eines Kindes unter schwierigen Umständen, die Bewahrung von Kompetenzen, die Regenerierung nach einem Trauma sein, oder die gute Immunabwehr, die Regeneration während des Schlafs und die schnelle Wundheilung (S. 8). Interessant für diese Arbeit sind die von Holtmann (ohne Datum) beschriebenen Ebenen, auf welchen Resilienz stattfinden kann. Das ist zum Einen die individuelle Ebene und die Ebene der Familie, beziehungsweise die Beziehung zwischen Eltern und Kind, zum Anderen das soziale Umfeld und die Gesellschaft mit ihrer Kultur (S. 10).

4.1.1. Vulnerabilitäts- und Risikofaktoren

Vulnerabilität bedeutet Verletzlichkeit, Verwundbarkeit. Vulnerabilitätsfaktoren sind biologische Faktoren, die ein Kind in schwierigen Situationen zusätzlich schwächen und oftmals sind sie der Grund für eine Nicht-Bewältigung. Laut Wustmann (2011) sind Vulnerabilitätsfaktoren unterschiedlicher Natur, zum Beispiel Geburtskomplikationen, chronische Krankheiten oder eine niedrige Intelligenz (S. 38). Diese Vulnerabilitätsfaktoren können nach Scheithauer et al. (2000) in primäre Faktoren, seit Geburt an, Frühgeburt, Geburtskomplikationen und sekundäre Faktoren, die das Kind in Interaktion mit seiner Umwelt erwirbt, unterschieden werden (zit. in Corina Wustmann, 2011, S. 37).

Risikofaktoren sind hingegen vom sozialen Umfeld und den Voraussetzungen der Eltern bedingt. Wustmann (2011) beschreibt beispielsweise den ökonomischen Status, in den ein Kind geboren wurde, elterliche Probleme, wie Scheidung oder auch Alkoholmissbrauch. Speziell durch traumatische Erlebnisse sind Kinder gefährdet und einem erhöhten Risiko ausgesetzt (S. 38f). In verschiedenen Altersstufen sind unterschiedliche Risiken zu finden. Gemäss Laucht et al. (2000) ist das Kind in der Säuglingszeit besonders anfällig, da es in dieser Phase noch kaum über die nötigen Bewältigungs- und Schutzmassnahmen verfügt. In der Kindheit sind Risiken in der Familie zu finden, wie Gewalt oder

Konflikte der Eltern und in den Übertritt in das Schulalter gehen die Risiken von Problemen in der Schule oder der Peer-Group aus (zit. in Corina Wustmann, 2011, S. 37).

Treten die Vulnerabilitäts- und die Risikofaktoren in Kumulation auf, verstärken sich die Auswirkungen. So spricht Wustmann (2011) von einer multiplen Risikobelastung, das heisst, die Risikofaktoren treten nicht einzeln auf, sondern zusammen. Diese wiederum können sich summieren und gegenseitig verstärken (S. 40f). Dabei ist nach Kaplan (1999): „(...) nicht nur die Art und Spezifität, sondern vor allem die Anzahl und Intensität auftretender Risikofaktoren“ entscheidend (zit. in Corina Wustmann, 2011, S. 41). Je mehr Risikofaktoren zusammen kommen, umso wahrscheinlicher ist ein Auftreten von psychischen Störungen bei Kindern. Dies untersuchten Rutter et al. (2000) und fanden heraus, dass bei Kindern, welche einem Risikofaktor ausgesetzt waren, die Wahrscheinlichkeit bei 2% für eine psychische Beeinträchtigung lag. Bei zwei Risikofaktoren waren es 6% und bei vier schon bei 20% (zit. in Corina Wustmann, 2011, S. 41). Somit steigt die Wahrscheinlichkeit einer Beeinträchtigung eines Kindes, je mehr Risikofaktoren aufeinander treffen.

Entscheidend ist aber, wie jedes einzelne Kind auf die Risikofaktoren reagiert. Wustmann (2011) spricht hier von einer „subjektiven Bewertung der Risikobelastung“ (S. 43). Das heisst, je nach Kind hat derselbe Risikofaktor verschiedene Auswirkungen und somit individuelle Folgen.

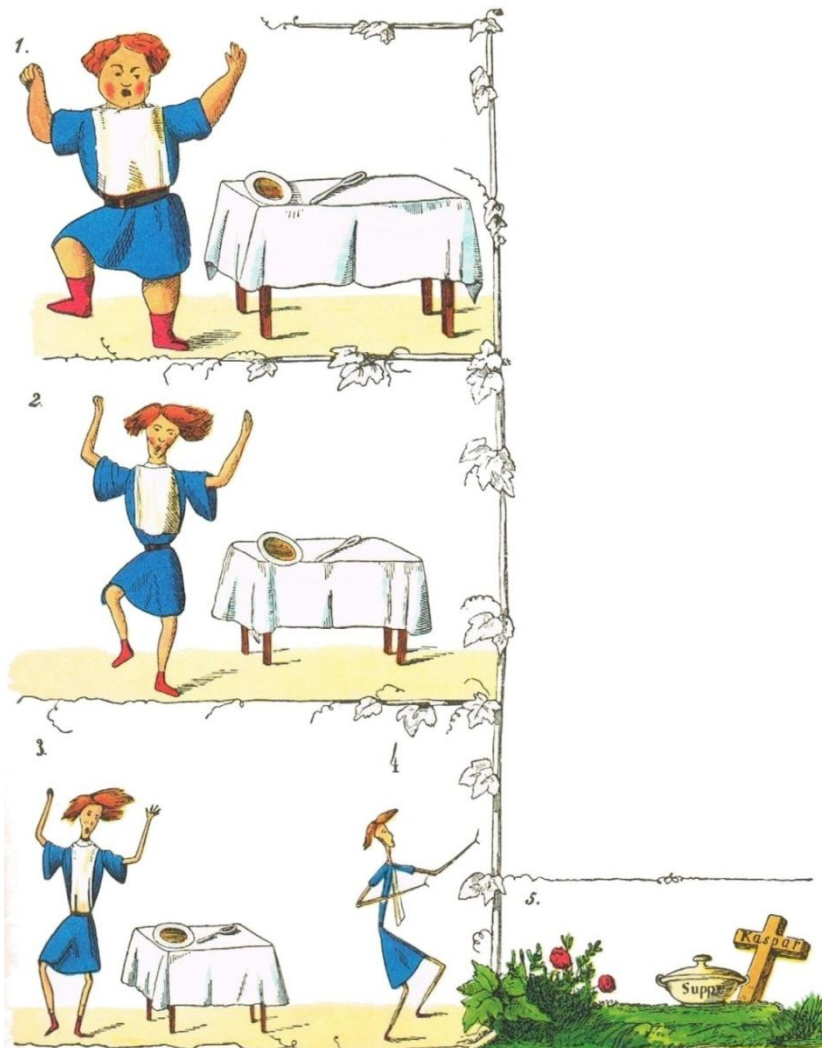


Abbildung 11 *Der Suppen-Kaspar* (Hoffmann, ohne Datum, S. 17)

4.1.2. Schutzfaktoren

Die Schutzfaktoren ermöglichen eine erfolgreiche Bewältigung von Krisen und schwierigen Verhältnissen. Diese Faktoren sind natürlich auch abhängig von der Konstitution des Kindes.

Wustmann (2011) unterscheidet daher erstens die individuellen Faktoren, die ein Kind mitbringt, zweitens die Resilienzfaktoren, die das Kind mit der Bewältigung der Entwicklungsaufgaben erwirbt und drittens die Faktoren der sozialen Umgebung des Kindes. Diese Bereiche dürfen nicht getrennt betrachtet werden, denn sie stehen immer in Wechselwirkung zueinander (S. 46f). Eine Verbesserung von schwierigen Lebensbedingungen kann laut Wustmann (2011) durch eine Kumulation von Schutzfaktoren, sie nennt es „multiple Ressourcen“, erreicht werden. Diese Schutzfaktoren können sich gegenseitig verstärken und erhöhen somit die Wahrscheinlichkeit der Resilienz (S.47). Innerhalb der Familie sind Schutzfaktoren ein elementarer Faktor für die Entwicklung von Resilienz. Dazu gehören nach Wustmann (2011) eine positive emotionale Bindung zu den Eltern oder Bezugspersonen, die im Wesentlichen das zukünftige Beziehungsverhalten eines Kindes mitbestimmen (S. 107f). Klaus A. Schneewind (2001) formuliert einige Merkmale, welche das Beziehungsverhalten fördern. Dazu gehören: „(...) ein angemessenes Reagieren auf kindliche Signale, eine grundsätzlich positive Haltung gegenüber dem Kind, (...) [eine] aufmerksame Zuwendung und emotionale Hilfestellung bei kindlichen Aktivitäten (...) [und eine] häufige Interaktionsaufnahme mit dem Kind“ (zit. in Corina Wustmann, 2011, S. 108). Nicht nur die Familienbeziehung, sondern auch die Erziehung begünstigen laut Wustmann (2011) die psychisch gesunde Entwicklung von Kindern (S. 111). Ausserhalb der Familie, so Wustmann (2011), sind Freundschaften und Peerkontakte ein wirksames Unterstützungssystem. Auch positive Bedingungen in der Schule, wo Lehrer, Schulsozialarbeitende und Eltern eng zusammenarbeiten und wo ein Klima der Wertschätzung herrscht, schaffen protektive Voraussetzungen für die Lebensbewältigung (S. 112f). Wustmann (2011) geht noch weiter und nennt Ressourcen aus sozialen Einrichtungen, Gemeindearbeit, professionellen Hilfsangeboten und Normen und Werte einer Gesellschaft, die einen grossen Einfluss ausüben (S. 114).

Zu guter Letzt kann aber gesagt werden, dass Risiko- und Schutzfaktoren unter Umständen nicht klar voneinander getrennt werden können. Für das eine Kind ist eine bestimmte Situation ein Schutzfaktor, während ein anderes Kind in derselben Situation einem Risikofaktor ausgesetzt ist. Daraus lässt sich schliessen, dass alle Faktoren, Vulnerabilität, Risiko- und Schutzfaktoren individuelle Auswirkungen haben.

4.2. Resilienzförderung

Mit der Resilienzförderung wird beabsichtigt, die Schutzfaktoren beim Kind zu erhöhen und die Risikofaktoren zu vermeiden. Die Ziele sind nach Wustmann (2011), die individuellen Stärken des Kindes zu fördern, das soziale Umfeld zu verbessern und zwischenmenschliche Prozesse zu stärken. Mit drei Arten von Strategien wird versucht, entsprechende Massnahmen zu erarbeiten, die risiko-zentrierte Strategie, bei der die Risikofaktoren gemildert werden, als zweites gibt es die Ressourcen-zentrierte Strategie, wobei die personalen und sozialen Ressourcen eines Kindes gefördert werden und als letztes die Prozess-zentrierte Strategie, bei der das Augenmerk auf die Bewältigungssysteme und Beziehungssysteme der Kinder gelegt wird (S.122f). Es ist schon angedeutet worden, dass die Resilienz und auch der Resilienzförderung in zwei unterschiedlichen Ebenen geteilt sind. Gearbeitet wird sowohl auf personaler Ebene wie auch auf sozialer Ebene. Die individuelle Resilienzförderung geht der Frage nach, wie Kinder in ihrer Bewältigungsstrategie unterstützt werden können. Wustmann (2011) nennt einige Beispiele, die auf individueller Ebene erfolgen. Es wird versucht, die Problemlösungsstrategie, die Selbstregulationsfähigkeit, die sozialen Kompetenzen und die Gesundheitsressourcen zu stärken und zu fördern (S. 125). Auf sozialer Ebene oder der Beziehungsebene werden, laut Wustmann

(2011), Interaktionen zwischen dem Erwachsenen und dem Kind, beziehungsweise die Erziehungsqualität angeschaut und die Kompetenzen gestärkt (S. 133).

Es wurde in dieser Arbeit schon angesprochen, dass die Beziehung der Erwachsenen zum Kind einen grossen Einfluss auf die Problembewältigung hat. Mit Fürsorge, Rücksichtnahme und Empathie können grosse Erfolge erzielt werden. Das gilt für die Eltern-Kind Beziehung, für Lehrer-Schüler Beziehungen und auch für alle anderen Bezugspersonen und betrifft ebenso die Freizeit. Folglich ist die Beziehung zwischen Soziokulturellen Animatoren und Soziokulturellen Animatorinnen zu auffälligen Kindern gleich bedeutend. Es ist aber ein Balanceakt zwischen Nähe und Distanz, der je nach Kind unterschiedlich gewollt wird. Zuviel Nähe kann unter Umständen genauso wenig förderlich sein wie zu viel Distanz.

Howes (1994) sieht die Wichtigkeit in der Qualität der Beziehungen, die auch von anderen Bezugspersonen, ausser den Eltern und den Lehrpersonen, gegeben sind. Diese Beziehungen wirken sich förderlich auf die Kompensation von Risikofaktoren aus. Des Weiteren betont er, dass die Beziehung der nichtelterlichen Bezugspersonen sogar Einfluss hat auf die Beziehung zu Gleichaltrigen und auf die sozialen Kompetenzen. (zit. in Robert C. Pianta, Megan W. Stuhlman und Bridget K. Hamre, 2007, S. 194). Hierbei müssen sich die Professionellen aus allen Disziplinen, so auch der Soziokulturellen Animation bewusst sein, welche Verantwortung sie tragen, wenn es um die Beziehung zu den Kindern geht. Das Bewältigen von Schwierigkeiten und die Erlangung sozialer Kompetenzen können von solchen Beziehungen abhängen.

Was heisst das nun für die Soziokulturelle Animation? Rolf Göppel (2011) sagt zu recht, dass: „(...) Resilienz einerseits ein recht vages, andererseits ein hochkomplexes Konstrukt ist und dass somit gar nicht recht klar ist, welche Qualitäten, welche Eigenschaften, welche Fähigkeiten und Kenntnisse hier eigentlich konkret zu vermitteln sind“ (S. 389). Nichts desto trotz gibt es viele Handlungsanleitungen, die vor allem aus der Pädagogik kommen und sich auf Schulen und Tageseinrichtungen beziehen.

Einige Punkte können aber gut auf die Arbeit der Soziokulturelle Animation übertragen werden.

Greff (2008)⁷ bringt den Begriff Erlebnispädagogik ins Spiel und sagt in Bezug auf das Lernen: „gemeint ist das Lernen durch Erlebnisse und Erfahrungen mitsamt dem Nachdenken darüber, was gelernt wurde. Es geht nicht darum, einem Experten zuzuhören, sondern Situationen aus dem wahren Leben nachzubilden, Rollenspiele zu machen und an Spielen teilzunehmen“ (zit. in Rolf Göppel, 2011, S. 399). Hierzu gibt Göppel (2011) das Beispiel von Tanz-, Musik-, Werk-, Sport- oder Theaterprojekten, wo die Kinder Erfolgserlebnisse und ihre eigenen Kompetenzen erfahren können (S. 400). Im Rahmen von solchen Projekten können die emotionalen Fähigkeiten und das soziale Handeln gefördert werden. Die deutschen Kultusministerkonferenz KMK (2000) beschreibt in ihrer Empfehlung einige wichtige Punkte, die mit solchen Angeboten gefördert werden. Einerseits wird die Wahrnehmung für das eigene und das fremde Empfinden gestärkt, die Fähigkeit zur Reflexion des eigenen Handelns und Denkens angeregt, was die Toleranz anderen erhöht und andererseits das Interesse für Zusammenarbeit und Teamfähigkeit wird entfaltet (zit. in Stefanie Roos und Matthias Grünke, 2011, S. 411).

Dass ausserschulische Einrichtungen eine wichtige Rolle einnehmen, betont Wustmann (2011) anhand des Beispiels der Tageseinrichtung. So kann frühzeitig erkannt und reagiert werden, wenn Probleme auftauchen sollten und die Kinder bei der Bewältigung unterstützen. Die Professionellen haben Zugang zu den Eltern und Probleme oder Schutz- und Risikofaktoren können angesprochen werden. Zudem werden niederschwellige Angebote gemacht, was Kindern und Eltern zugute kommt. Des Weiteren können die Kinder in solchen Einrichtungen Peer- und Freundschaftsbeziehungen pflegen (S. 143ff). Es kommt in der Soziokulturellen Animation auf die Arbeitsstelle drauf an, welche Massnahmen ergriffen und welche Ressourcen bereitgestellt werden können um Kinder und ihre Eltern zu un-

⁷ A. Greff (2008). Resilienz. *Widerstandsfähigkeit stärken. Leistung steigern. Praktische Materialien für die Grundschule.* Donauwörth

terstützen. Meist jedoch verfügen diese Stellen über grosse Netzwerke und können so bei einer Über-tretung der Zuständigkeit an andere Organisationen vermitteln.

Laut Wustmann (2011) sind:

Kleine Gruppengrößen, adäquate Gruppenzusammensetzungen (...), ausreichend Freiraum für individuelle Lehr- und Lernprozesse, grosszügig gestaltete Raumkonzepte mit genügend Platz für Bewegung, aber auch der Möglichkeit des Rückzugs und der Geborgenheit, (...) eine Kontinuität der Betreuer-Kind-Beziehungen, eine Kontinuität der Betreuung einer Gruppe durch dieselbe (...) Fachkraft (...), die Etablierung von interdisziplinären Teams (S. 146)

bedeutende Rahmenbedingungen, die sich förderlich auswirken und welche auch in der Praxis der Soziokulturellen Animation weitgehend bereitgestellt werden können.

Die Essenz aus den bisher beschriebenen Kapiteln ist, dass im Grunde genommen die Kernaufgabe von Professionellen der Soziokulturellen Animation, Pädagogen und anderweitigen Bezugspersonen darin besteht, die Kinder mit AD(H)S von innen heraus in ihren Kompetenzen zu stärken. Diese Aussage verdeutlicht Armstrong (2002), in dem er sagt: „(...) diese Kinder [brauchen] eigentlich Erwachsene (...), die ihnen helfen, innere Kraft zu entwickeln – ein Ansatz, der Respekt, Zuhören, Zusammenarbeit und das Bemühen um die Lösung von Problemen in den Vordergrund stellt“ (S. 78).

5. AD(H)S in der Kinderanimation – Handlungsmöglichkeiten

Wie kann die Soziokulturelle Animation mit Hinblick auf das Thema AD(H)S in der Mikro-, Meso- und Makroebene agieren?

Mit dieser Frage und den Informationen aus den bisherigen Kapiteln, versucht die Autorin in diesem Kapitel Handlungsmöglichkeiten für Professionelle der Kinderanimation auszuarbeiten. Die Unterkapitel sind so aufgebaut, dass die Handlungsoptionen wieder alle drei Ebenen beziehungsweise die Mikro-, Meso- und Makroebene berücksichtigt werden.

5.1. Was ist Kinderanimation?

Um diese Frage zu beantworten, müssen zuerst einige grundsätzliche Ziele und Aufgaben der Soziokulturellen Animation dargestellt werden.

Jean-Claude Gillet (1998) sieht die Animation in einem Spannungsfeld zwischen Theorie und Praxis, in dem die Vorgehensweisen erfasst, verändert und angepasst werden. Die Animation „(...) besteht aus Aktivitäten, Methoden, Techniken, Strategien, Bestimmungen, Werten, Zielen“ (S. 74). Treffend beschreibt Cornelius Castoriadis (1975)⁸ die Animation als ein „Tun, bei dem der andere oder die anderen anvisiert sind als die wesentlichen Agenten der Entwicklung ihrer eigenen Ökonomie“ (zit. in Jean-Claude Gillet, 1998, S. 74). Als einige wesentliche Funktionen der Soziokulturellen Animation nennt Heinz Wettstein (2010) die Integration, Partizipation, Prävention und Vernetzung. Sie ermöglicht die Gestaltung der Freizeit der Anspruchsgruppen, schafft ausserschulische Lernmöglichkeiten auf informeller Basis, fördert den kulturellen Austausch, erschliesst vorhandene Ressourcen und nimmt gesellschaftliche Themen wahr, über die sie informiert, aufklärt und bei Missständen frühzeitig versucht zu sensibilisieren (S. 37f).

Um den Funktionen der Soziokulturellen Animation eine Struktur zu geben, lohnt es sich, das Modell der Interventionspositionen näher zu betrachten.

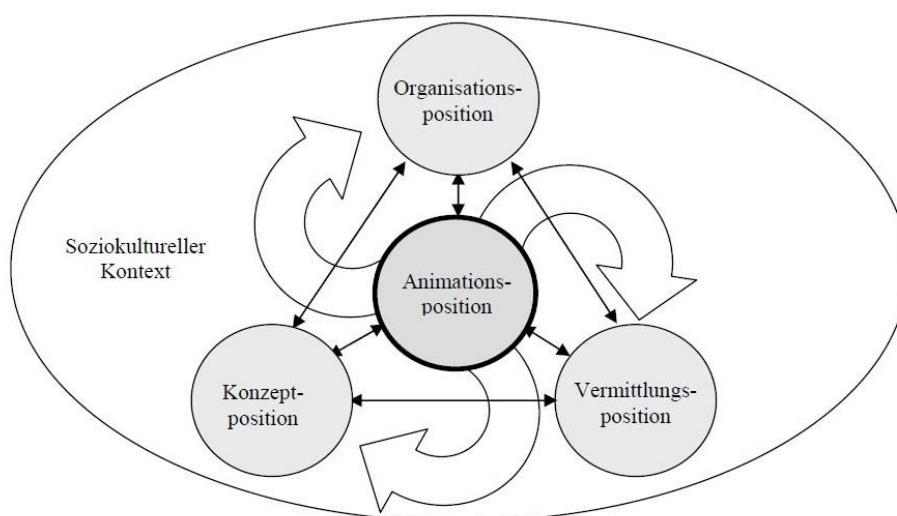


Abbildung 12 Handlungsmodell nach Moser et al. (1999) mit Anpassungen von Hangartner (2010), S. 298

⁸ Cornelius Castoriadis. *L'institution imaginaire de la société*. Seuil, 1975.

Nach Gabi Hangartner (2010) stellt das Interventionsmodell einen Rahmen dar, an dem sich die Fachpersonen der Soziokulturellen Animation orientieren können (S. 298). Die grundlegende Funktion des Modells erklärt Hangartner (2010) wie folgt:

Alle vier Positionen sind immer in Verbindung untereinander und in Rückkoppelung mit den anderen zu betrachten, aber in jeder Position sind spezifische Aufgaben, Ziele, Aktivitäten und Methoden zentral, welche sich auch überschneiden können.

Die Animationsposition ist zu denken als zentrale Interventionsposition oder als Kernposition, die im Zentrum aller Aufgaben steht und immer in Verbindung mit einer anderen Aufgabe zum Tragen kommt. (S. 298)

Als berufsethische Grundlage dient in der Kinderanimation neben dem Berufskodex der Sozialen Arbeit auch die Uno-Kinderrechtskonvention, welche insgesamt 54 Artikel umfasst. Artikel 12 Recht auf Anhörung und Mitwirkung, ein für die Kinderanimation zentraler Artikel, besagt:

Kinder haben das Recht ihre Meinung frei zu äussern. Kinder haben das Recht, dass Erwachsene und Behörden sie anhören und ernst nehmen. Dies betrifft insbesondere Entscheide und Angelegenheiten, die das Leben des Kindes direkt betreffen. (Pro Juventute, <http://www.projuventute.ch/Kinderrechtskonventionen.85.0.html>)

Darauf aufbauend können die oben genannten Aufgaben und Funktionen der Soziokulturellen Animation in der Kinderanimation um solche ergänzt werden, die sich speziell auf die Bedürfnisse der Kinder beziehen.

In dieser Arbeit wurde schon mehrfach die Wichtigkeit der Beziehung zwischen Kind und Bezugsperson betont. Das Aufbauen von Beziehungen geht einher mit dem Knüpfen von Kontakten. Marcel Spierts (1998) sieht dies als eine Kernaufgabe der Soziokulturellen Animation. Wie diese Kontakte geknüpft werden und mit welchen Mitteln, hängt von der Situation und der Zielgruppe ab (S. 132). Das knüpfen von Kontakten und pflegen von Beziehungen geschieht nicht nur alleine mit Kindern sondern auch mit Akteuren aus dem Umfeld der Kinder. So entsteht ein Netzwerk, das im Sinne der Kinder genutzt werden kann.

Ein grosses Thema in der Kinderanimation ist die Mitwirkung und Mitbestimmung von Kindern. Die Kinder werden in Prozesse einbezogen, die sie direkt betreffen. Thomas Jaun (2001) schreibt, dass inzwischen in der Schweiz viele Möglichkeiten für eine Beteiligung der Kinder vorhanden sind. Kinderparlamente, Kinderbüros, Kinderbeauftragte und Projekte für und mit Kindern sind einige Beispiele dafür (S. 22).

Die Aufgaben der Kinderanimation liessen sich um etliche Punkte erweitern, doch das würde den Rahmen dieser Bachelor-Arbeit sprengen. Für eine Vertiefung mit den Aufgaben der Kinderanimation verweist die Autorin auf die Bachelor-Arbeit von Simone Galey (2011) mit dem Thema *Kinderanimation – wohin? Der Beitrag der Soziokulturellen Animation im Wandel kindlicher Lebenswelten*.

Das Handlungsfeld der Kinderanimation ist sehr breit ausgelegt. Neben den oben genannten Funktionen ist die Kinderanimation im Rahmen von Kindertreffs, welche häufig an Jugendtreffs angegliedert sind, in Projekten, in Fachstellen, Ateliers, Robinson- und Abenteuerspielplätzen tätig. Ein weiteres Tätigkeitsfeld der Soziokulturellen Animation sieht Hafen (2010) in der Schule, „vor allem, wenn sich Soziale Arbeit nicht nur auf die Beratung von Kindern und Jugendlichen mit Problemen beschränkt, sondern auch versucht (in enger Kooperation mit den Lehrkräften), psychosoziale Lernprozesse (...) und Rahmenbedingungen (...) zu beeinflussen“ (S. 176).

5.2. Handlungsoptionen auf der Mikroebene

Professionelle der Soziokulturellen Animation schaffen für Kinder einerseits Strukturen und Rahmenbedingungen, andererseits bieten sie den Kindern Möglichkeiten, Selbstwirksamkeit zu erfahren. Insbesondere Kinder mit AD(H)S brauchen klare Strukturen und mehr Aufmerksamkeit, als andere Kinder. Es wird kein Rezept geben, das besagt, was gut oder schlecht für Kinder mit AD(H)S ist, aber gewisse Methoden und Vorgehensweisen können helfen mit dem Kind und der Situation zurechtzukommen und vor allem dem Kind gerecht zu werden. Abgesehen davon schreibt Winterhoff (2009) über die natürliche Intuition des Menschen. Diese kommt aus dem Bauch heraus, sie ist meist nicht rational begründbar, aber ein intuitives Vorgehen bedeutet, dass der Erwachsene instinktiv weiss, ob ein Verhalten eine bestimmte Intervention erfordert oder nicht (S. 48).

Das Handeln in der Soziokulturellen Animation liegt den ethischen Grundlagen der Profession zu Grunde, das schliesst aber den intuitiven Gedanken nicht aus. In der Praxis kann nicht immer nach Schema und theoretisch fundiert gehandelt werden, sondern manche Situationen erfordern Flexibilität, schnelle Reaktion und ein intuitives Handeln.



Abbildung 13 *Klein-Ida und Michel vor dem Tischlerschuppen* (Lindgren, 1986, S. 5)

Wichtig ist vor allem bei AD(H)S Kindern positive Formulierungen zu verwenden und Rückmeldungen zu geben, damit das Kind in seinem Tun bestärkt wird und eine Resonanz erhält, wie es mit seinem Verhalten auf die Umgebung wirkt.

Wustmann (2011) beschreibt konkrete Verhaltensweisen um Kinder in ihrer Resilienz zu unterstützen. Mit einer positiven Werthaltung dem Kind gegenüber, dem Eingehen auf die Bedürfnisse eines Kindes, es in Entscheidungsprozesse mit einbeziehen und in seinem Handeln zu unterstützen und ermutigen, können in den Bereichen Selbstwertgefühl, Selbstvertrauen und Problemlösefähigkeit grosse Unterstützung geben (S. 134). Dem Kind Problemlösungsstrategien zu zeigen, verhindert laut Armstrong (2002), dass AD(H)S Kinder in uneffektive Bewältigungsstrategien verfallen und hilft ihnen ihr eigenes Selbstbild und ihre Kompetenzen zu stärken (S. 228). Er betont, dass AD(H)S Kindern Verantwortung und praktische Aufgaben angeboten werden sollten, um ihnen das Gefühl zu geben, „ein vollwertiges Mitglied der menschlichen Gesellschaft zu sein“ (S. 232f). Ausserdem steigen die Identifikation und die Wertschätzung mit solchen Aufgaben.

Winterhoff (2009) spricht einen weiteren wichtigen Aspekt an, der auch für die Soziokulturelle Animation relevant ist. Die Abgrenzung in manchen Situationen ermöglicht eine Distanz, ohne die sich die erwachsene Person durch das Verhalten eines Kindes persönlich angegriffen fühlt und womöglich sehr emotional reagiert (S. 47).

5.2.1. Gestaltung von Gruppenprozessen

Häberli-Nef (2009) schreibt im Zusammenhang mit der Schule über die Integration und die integrative Förderung, wie sie vielerorts schon gemacht wird. Die Aussonderung und Separation verhaltensauffälliger Kinder würde eine Stigmatisierung sein und die negativen Folgen nur noch verstärken (S. 120). Das gilt gleichermassen für die Freizeitgestaltung, zum Beispiel im Kindertreff. Die Integration und die Peer-Group sind wichtige Faktoren für eine förderliche Entwicklung eines AD(H)S betroffenen Kindes.

Christine Klaes (2004) stellt Prinzipien auf, wie Gruppenprozesse gestaltet werden können, unter Berücksichtigung, dass verhaltensauffällige Kinder erweiterte Bedingungen brauchen.

- Rituale schaffen Transparenz und sorgen für eine Strukturierung, die den Kindern Halt gibt.
- Die Gruppenräume sollten möglichst klar unterteilt werden, wo welche Aktivitäten stattfinden. So kann in einem Teil ein Ruhebereich geschaffen und in einem anderen Teil dürfen die Kinder aktiv sein und sich austoben.
- Auch zeitliche Rituale, Begrüssung, Verabschiedung oder kleine Zwischenmahlzeiten können ritualisiert werden.
- Verantwortung übergeben, sorgt dafür, dass sich ein Kind bedeutsam und wichtig für eine Gemeinschaft empfindet.
- Auf Störungen und schwierige Situationen sollte die Gruppenleitung immer vorbereitet sein und Handlungsalternativen überlegen.
- Gemeinsame Regeln entwickeln. So identifizieren sich die Kinder mit ihren eigens aufgestellten Regeln und sehen einen Sinn darin, diese einzuhalten.
- Verschiedene Situationen und Möglichkeiten schaffen, in der alle Sinne einbezogen werden. (S. 102ff)

Gemäss Armstrong (2002) helfen bewusst eingesetzte Auszeiten den Kindern, sich danach wieder besser konzentrieren zu können. Die Entscheidung, wann und wie lange ein Kind sich zurückzieht, kann durchaus dem Kind selber überlassen werden (S. 237). Diese Aussage deckt sich mit der Erfahrung, welche die Autorin innerhalb eines Projektes machte. Die Planung der Tagesstruktur beinhaltete Bewegungs- und Ruhezeiten. Die Kinder reagierten positiv darauf und die Konzentration stieg nach den Ruhephasen erheblich.

Soziokulturelle Projekte und Anlässe eignen sich gut um Kinder ihre Kreativität ausleben zu lassen. Armstrong (2002) schreibt AD(H)S Kindern grosse kreative Ressourcen zu, welche genutzt und kanalisiert werden sollten (S. 181). Die Autorin erwähnte bereits, dass sie Stärke solcher Kinder im beiläufigen Lernen liegt. Diese beiden Fähigkeiten können durchaus miteinander verbunden werden. Kreative Projekte eignen sich gut, um Elemente des informellen Lernens einfließen zu lassen.

5.2.2. Kinder unterstützen Kinder

Die Methode, dass Kinder Gleichaltrige unterstützen, ist hier nicht neu erfunden. Es hilft den Kinder Spass am Lernen zu haben und dabei ihre sozialen Kompetenzen zu entwickeln. Es wurde schon erwähnt, dass die Beziehung zu Gleichaltrigen ein grundlegender Faktor für eine gesunde Entwicklung des Kindes ist. Baacke (1999) bezieht sich auf Jean Piaget, der die Beziehung zu Gleichaltrigen als Weg zur personalen und sozialen Autonomie beschreibt und sagt:

diese wiederum ist ein wesentlicher Bestandteil der kognitiven Entwicklung. Das Kind entwickelt (...) ein Bedürfnis nach Zusammenarbeit und zugleich einen aktiven Entdeckungsdrang; dazu braucht es andere, nicht nur, um die Risiken gemeinsam zu tragen, sondern auch, um in gegenseitiger Abstimmung Orientierung zu finden (...). (S. 332f)

Die Unterstützung unter Kindern sieht Armstrong (2002) für alle als Vorteil. Vor allem Kinder mit Verhaltes- und Lernproblemen erhalten so die Möglichkeit eine verantwortungsvolle Rolle zu übernehmen. Dabei nennt er das lateinische Sprichwort *Qui docet dicet* (Wer lehrt, lernt). Das heisst, die Kinder, welche anderen etwas beibringen, lernen selbst dazu (S. 265). Die Methode ist vor allem auf den schulischen Unterricht bezogen, wo der Stoff von älteren SchülerInnen an jüngere weitergegeben wird. Doch auch in der Jugendarbeit gibt es den Ansatz des Peer-Involvements, bei dem, nach Marius Metzger (2012) Jugendliche geschult werden um Ihresgleichen beratend zur Seite stehen, Wissen vermitteln oder gemeinsam Projekte durchzuführen (S. 1f).

Die vom Erziehungswissenschaftler Günther Opp entwickelte Methode für Kinder, die ähnlich wie das Peer-Involvement funktioniert, nennt sich Positive Peerkultur. In einem Interview auf bildungsklick.de spricht Opp (2009) über die Hintergründe der Positiven Peerkultur. Im Rahmen der heute vorherrschenden Individualisierung ist es umso wichtiger „(...) Gemeinschaften zu finden, die ein Stück weit tragen, die nicht nur verführen, sondern die auch schützen, die Solidarität geben, Austauschmöglichkeiten. Gemeinschaften, bei denen man sich auf einer positiven Basis nahe fühlen kann“ (Individualisierungsstrategien – der falsche Weg, ¶1). Auf diesem Gedanken basiert die Methode der Positiven Peerkultur. Die Anwendung findet nach Opp (2009) regelmässig in einem festen Rahmenprogramm statt. Dort können die Kinder ihre Probleme und Themen nach einfachen Regeln diskutieren: „Du redest. Wenn du ausgesprochen hast, rede ich. Dein Thema. Eins nach dem anderen“. In diesem Setting werden die üblichen Peerstrukturen, in denen man cool sein muss und keine Emotionen zeigt, etwas aufgebrochen (Erwachsene sind nur Moderatoren, ¶1).

Diese Methode der Positiven Peerkultur bedingt eine Regelmässigkeit und feste Rahmenbedingungen. Da dies je nach Arbeitsstelle in der Soziokulturellen Animation in dieser Weise nicht möglich ist, wäre eine Zusammenarbeit mit Schulen eine adäquate Lösung. Die Schule bietet die Rahmenbedingungen für eine regelmässige Durchführung und die Professionellen der Soziokulturellen Animation können mit den Lehrpersonen gemeinsam die Moderation übernehmen.

5.3. Handlungsoptionen auf der Mesoebene

Auf der Mesoebene ist die Vernetzung ein zentraler Faktor für die Kinderanimation. Dabei geht es nicht nur um die Wissenserweiterung in jeglichen Themen, sondern auch darum, möglichst viele Lebensbereiche der Kinder zu erreichen und in diesem ganzen System mit den Bezugspersonen zusammenzuarbeiten.

Artikel 14, Absatz 1 im Berufskodex der Sozialen Arbeit (2010) besagt: „Die Professionellen der Sozialen Arbeit engagieren und vernetzen sich. Ihre Netzwerke setzen sie für gesellschaftliche und sozialpolitische Verbesserungen ein und begründen so die Verlässlichkeit der Sozialen Arbeit der Gesellschaft gegenüber“ (S. 13).

In diesem Sinne ist es von Vorteil, wenn sich die Soziokulturelle Animation mit den unterschiedlichsten Fachbereichen vernetzt, um die vorhandenen Ressourcen zu nutzen. Es liegt grosses Potential in der Zusammenarbeit mit der Schule. Hafen (2005) schreibt der Soziokulturellen Arbeit einen präventiven Charakter zu und betont dass Soziokulturelle Animation „durch ihre Tätigkeit (...) dazu bei[trägt], dass die sozialen Probleme (vornehmlich: die Exklusionsprobleme) erst gar nicht entstehen“ (S. 177). So können Probleme, die sich zum Beispiel durch ein AD(H)S ergeben, frühzeitig erkannt und entsprechende Massnahmen getroffen werden. Die Früherkennung ist laut Hafen (2010) eine weitere Funktion der Soziokulturellen Animation, die er zwischen der Prävention und der Behandlung einordnet. Früherkennung kann funktionieren, wenn „systematisch soziale Beobachtungs- und Austauschprozesse in Kooperation mit unterschiedlichen Beobachtungsinstanzen“ eingerichtet werden (S. 181). Das beinhaltet aber auch interne Prozesse, wie zum Beispiel die Teamsitzungen, Supervisionen oder Interventionen innerhalb des Teams.

In der Zusammenarbeit ergänzen sich die Instanzen gegenseitig, indem beide Seiten ihre vorhandenen Ressourcen einsetzen. Dies gilt nicht nur in Kooperation mit der Schule, sondern auch mit dem Schulpsychologischen Dienst und Fachpersonen aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Vor allem wenn es um psychische Beeinträchtigungen bei Kindern geht, ist hier eine Zusammenarbeit fast unabdingbar, wenn dem Kind geholfen werden und Früherkennung funktionieren soll. Die Kinder- und Jugendpsychiaterin Dr. med. Madeleine Altorfer-Pfander wies im Gespräch darauf hin, dass in erster Linie die Eltern, die Professionellen der Psychiatrie und der Soziokulturellen Animation auf das Thema Zusammenarbeit sensibilisiert werden müssen, damit eine solche zustande kommen kann. Sie nennt als Beispiele der Zusammenarbeit die Supervision und das Halten von Vorträgen (Fachpoolgespräch vom 13. November 2012 mit der Autorin Mailies Pfahler). Die Kooperation zwischen Psychiatrie und Soziokultureller Animation ist noch kein Standard in der Praxis, in Zukunft aber durchaus ausbaufähig, wenn das Interesse auf beiden Seiten vorhanden ist.

Hafen (2010) sieht in allen Bereichen der Soziokulturellen Animation die Notwendigkeit:

(...) dass sich die Fachleute aktiv mit den ethischen Fragen auseinandersetzen, die mit der Früherkennung untrennbar verbunden sind. Stigmatisierungseffekte (Beschädigungen der sozialen Adresse) bei den Zielpersonen sind dabei genauso zu beachten wie die Aufrechterhaltung des Vertrauensverhältnisses oder (auf rechtlicher Ebene) Aspekte des Datenschutzes. (S. 182)

Wenn die Kompetenzen und die Zuständigkeiten der jeweiligen Soziokulturellen Stelle überschritten werden, ist eine Triage sinnvoll. Die Vermittlung an Fachstellen, die professionelle Hilfe bieten, ist auch im Interesse der Soziokulturellen Animation.

5.4. Handlungsoptionen auf der Makroebene

Die Sensibilisierung für aktuelle Probleme und Missstände in der breiten Öffentlichkeit ist eine der vielen Aufgaben der Soziokulturellen Animation. Im Berufskodex der Sozialen Arbeit (2010) in Artikel 14 wird folgende Aussage gemacht:

Absatz 2: „Die Professionellen der Sozialen Arbeit vermitteln der Öffentlichkeit, der Forschung und der Politik ihr Wissen über soziale Probleme sowie deren Ursachen und Wirkungen auf individueller und struktureller Ebene, und tragen so dazu bei, dass ihre Expertise nutzbar wird“ (S. 13).

Da das Thema AD(H)S die Kinderanimation direkt betreffen kann, ist ihre Aufgabe, das Thema in die Öffentlichkeit zu bringen oder bei Schwierigkeiten im Umgang mit AD(H)S betroffenen Kindern mit den Eltern und mit Personen aus anderen Lebensbereichen des Kindes Kontakt aufzunehmen und die Probleme ansprechen. Hier wird wieder die Vernetzungsfunktion angesprochen, bei der das ganze System, in dem das Kind lebt, erfasst wird. Es mag aussehen, als stehe diese Vorgehensweise nicht in gesellschaftlichen Zusammenhängen, doch in kleinen Interventionen beginnen Veränderungen der Denk- und Handlungsmuster.

Für eine Sensibilisierung der Öffentlichkeit für das Thema AD(H)S kann die Soziokulturelle Animation anhand von Informationsbroschüren, Informationsveranstaltungen, Vorträgen oder Projekten nach aktiv werden.

Eine weitere Aufgabe der Soziokulturellen Animation ist die politische Mitwirkung um sich Gehör zu verschaffen und Veränderungen hervorzurufen. Artikel 14 im Berufskodex der Sozialen Arbeit (2010) besagt:

Absatz 3: „Die Professionellen der Sozialen Arbeit setzen sich auch mit ihren staatsbürgerlichen Mitteln für eine soziale, demokratische Gesellschaft ein, die für Solidarität und die Wahrung der Menschenrechte, für Gleichberechtigung und Gleichbehandlung aller Menschen und gegen Diskriminierung einsteht“ (S. 13).

Das Thema AD(H)S, die Ursachen, deren Behandlung, das Vermeiden von Etikettierungen und Stigmatisierung von Betroffenen kann durchaus auch politisch diskutiert werden. Die Soziokulturelle Animation kann in der Politik und in der Öffentlichkeit eine differenzierte Auseinandersetzung mit dem Thema AD(H)S anregen.

Auch Kinder erhalten die Möglichkeit, zum Beispiel innerhalb des Kinderparlaments, ihre eigenen Anliegen, Bedürfnisse und Probleme auf politischer Ebene vorzubringen. Kinder sind die Zukunft und sie sollen durch Mitbestimmung die Chance erhalten diese mitzugestalten.

5.5. AD(H)S – eine Herausforderung für die Kinderanimation

Die Herausforderungen sind gross, wenn sich Professionelle der Kinderanimation vertieft dem Thema AD(H)S widmen und spezifische Methoden in die Praxis einbringen möchten. In diesem Kapitel werden die Chancen und Grenzen in der Arbeit der Soziokulturellen Animation aufgezeigt.

Auf der Makroebene hat die Autorin das Beziehungsverhalten zwischen Eltern und Kindern, aber auch zwischen Bezugspersonen und Kindern beschrieben. Mit der persönlichen Wertschätzung eines AD(H)S Kindes und der Strukturierung von Gruppenprozessen können individuelle Bedürfnisse berücksichtigt und soziale Kompetenzen gestärkt werden. Je nach Arbeitsstelle und Stellenprozenten kann eine solch spezifische Auseinandersetzung unter Umständen nicht gewährleistet werden. Wenn die Kontakte zu den Kindern und Eltern nur sporadisch möglich sind, erweist sich ein Beziehungsaufbau und die daraus entstehende Vertrauensbasis als schwierig. Auch die Zusammenarbeit mit den Eltern kann sich unter Umständen schwierig gestalten, wenn das Interesse der Eltern fehlt oder sie eine Kooperation schlicht ablehnen.

Die Arbeit auf der Mesoebene besteht vor allem aus dem Vernetzen verschiedener Institutionen und Fachbereichen. Von einer interdisziplinären Zusammenarbeit können alle Instanzen nur profitieren. Aber eine Zusammenarbeit muss erst einmal initiiert werden um sich etablieren zu können, das kann natürlich viel Zeit in Anspruch nehmen. Auch hier besteht die Möglichkeit, dass einzelne Fachpersonen aus anderen Disziplinen an einer Zusammenarbeit nicht interessiert sind.

Auf gesellschaftlicher Ebene kann die Soziokulturelle Animation durchaus ein Umdenken, eine Sensibilisierung und eine Auseinandersetzung mit dem Thema AD(H)S anregen. Dafür muss aber auch ein Interesse in der Bevölkerung und auf politischer Ebene vorhanden sein, damit Gehör gefunden werden kann für die Anliegen der Kinderanimation.

Zusammenfassend kann der Begriff Gleichheit genannt werden. Gleiche Möglichkeiten für alle, egal welches Geschlecht, welche Herkunft oder Andersartigkeit ein Kind aufweist. Hier ist ein Ausgleich zu schaffen und um AD(H)S Kindern eine gelingende soziale Integration zu ermöglichen. Das ist keine leichte Aufgabe. Auch in Hinsicht auf die soziale Nachhaltigkeit ist Erfolg kaum messbar. Es geht darum, kleine Fortschritte zu würdigen.

6. Schlussfolgerungen

Um hier auf die Fragestellungen zurückzukommen, auf denen sich diese Bachelor-Arbeit aufbaut, möchte die Autorin anhand dieser Fragestellungen eine kurze Zusammenfassung geben. Die erste Frage lautete: *Was sind die aktuellsten wissenschaftlichen Erkenntnisse über AD(H)S bei Kindern?*

Die aktuellen Erkenntnisse über die Ursachen von AD(H)S gehen von neurobiologischen und genetisch bedingten Beeinträchtigungen aus. Die sozialen Umstände des Kindes sowie Umwelteinflüsse sind weitere Faktoren, die das AD(H)S beeinflussen. Die ganze Thematik rund um AD(H)S wird unterschiedlich bewertet und diskutiert. Eine Seite steht der Verschreibung von Medikamenten und den wissenschaftlichen Ursachen kritisch gegenüber, die andere Seite sieht dabei keine Probleme. Es gilt einen differenzierten Mittelweg zu finden in dieser Thematik.

Die zweite Fragestellung lautete: *Welche Einflüsse können Systeme der Makro-, Meso- und Mikroebene auf Kinder mit AD(H)S haben und wie kann die Resilienz betroffener Kinder auch in der Soziokulturellen Animation gefördert werden?* Auf gesellschaftlicher Ebene spielen die Wert- und Normvorstellungen eine bedeutende Rolle, so werden überhaupt erst Verhaltensauffälligkeiten erkannt und kategorisiert. Die Gefahr besteht darin, dass die betroffenen Kinder etikettiert und stigmatisiert werden, wenn sie die Diagnose AD(H)S erhalten. Die Schule bietet solchen Kindern nicht die idealen Möglichkeiten um Leistungsdruck und Selektion zu vermeiden. Die Chance besteht hier in einer interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen Soziokultureller Animation und Schule.

Das AD(H)S ist ein zusätzlicher Risikofaktor für die betroffenen Kinder. Mit entsprechenden Rahmenbedingungen, Vorgehensweisen und Projekten kann die Resilienz auch in der Kinderanimation verbessert beziehungsweise gefördert werden.

Die letzte Frage bezieht sich auf das Handlungswissen und lautet: *Wie kann die Soziokulturelle Animation mit Hinblick auf das Thema AD(H)S in der Mikro-, Meso- und Makroebene agieren?* In der Kinderanimation sind viele Handlungsoptionen vorhanden, denn sie agiert auf allen drei Ebenen. Die Beziehung zu dem Kind und das gegenseitige Vertrauen fördern die Selbst- und Sozialkompetenzen. Auch die Beziehungen und moderierten Aktivitäten in der Peer Group spielen dabei eine bedeutende Rolle. Über die Mikroebene hinaus ist eine Vernetzung verschiedenster Fachbereiche anzustreben um die Kinder ganzheitlich zu unterstützen. Dazu gehört auch die Sensibilisierung der Öffentlichkeit und der Auseinandersetzung mit dem Thema AD(H)S auf politischer Ebene.

An dieser Stelle möchte die Autorin eine Aussage der Nationalen Ethikkommission im Bereich Humanmedizin NEK-CNE (2011) anfügen, die in Bezug auf die Verschreibung von Medikamenten und dem Konformitätsdruck gemacht wurde:

Die NEK-CNE plädiert dafür, die Lebensverhältnisse den Interessen und Bedürfnissen der Kinder anzupassen. Denn die Qualitäten der Kindheit, die nicht Aspekte des gesellschaftlichen Wettbewerbs und der Leistungsfähigkeit betreffen, sondern das Spielen, die Freundschaft und die erfolgslastete Musse ausmachen, könnten andernfalls an Wertschätzung verlieren – und damit auch die Kindheit. (S. 7)

Madeleine Altorfer – Pfander nennt die Soziokulturelle Animation eine ›Insel‹, wo es nicht nur ums konsumieren geht, sondern ums erleben und wo die Potentiale der Kinder genutzt werden können (Fachpoolgespräch vom 13. November 2012 mit der Autorin Mailies Pfahler).

7. Ausblick

Es stellen sich noch einige Fragen um AD(H)S, die Ursachen und Behandlung. Die Wissenschaft wird sicherlich noch mehr herausfinden über die Langzeitnebenwirkungen des Wirkstoffes Methylphenidat. Auch gesellschaftliche Normen sind der stetigen Veränderung unterworfen und ich bin gespannt, wie in zehn Jahren über AD(H)S gedacht wird.

Es wäre zu wünschen, dass der Fokus vermehrt auf die Ursachen von AD(H)S und deren Behandlung gelegt wird, statt auf der Verhaltensebene Symptome zu bekämpfen. Die Frage was genetisch bedingt ist und welche Auswirkungen soziale Probleme auf das AD(H)S haben, könnten noch weiter vertieft werden. Wie auch die Frage, wie kann die Begleitung, die Unterstützung der Eltern in ihrem Umgang mit dem Kind verstärkt und gesichert werden?

Ein weiterer Punkt meiner Überlegung ist das kindliche Verhalten. Wo liegt die Grenze zwischen unbeschwertem, kindlichem Übermut und einer Verhaltensauffälligkeit? Wann sind Medikamente für das Kind eine Verbesserung der Lebensqualität und wann werden Medikamente verschrieben, um das Kind einer Norm anzupassen, aus der es sonst herausfallen würde? Welchen Einfluss hat der Medienkonsum auf das AD(H)S? Wo liegen die Grenzen zwischen Charaktereigenschaften und Verhaltensauffälligkeit?

Ich glaube, dass es eine differenzierte Auseinandersetzung braucht, um den Antworten auf diese Fragen ansatzweise auf die Spur zu kommen. Wenn das geschehen kann, privat und beruflich, können den AD(H)S Kindern gute Entwicklungschancen geboten werden.

8. Literatur- und Quellenverzeichnis

- Alt, Christian (2004). Lebenswelt der Kinder. In Bernhard Frevel (Hrsg.), *Herausforderung demografischer Wandel* (1. Aufl., S. 75-88). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Armstrong, Thomas (2002). *Das Märchen vom ADHS-Kind. 50 sanfte Möglichkeiten, das Verhalten Ihres Kindes zu verbessern – ohne Zwang und ohne Pharmaka*. Paderborn: Junfermann Verlag.
- AvenirSocial (2010). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen*. Gefunden am 6. Juli 2012, unter http://www.avenirsocial.ch/cm_data/Do_Berufskodex_Web_D_gesch.pdf
- Baacke, Dieter (1999). *Die 6 – 12 Jährigen. Einführung in die Probleme des Kindesalters* (7. Aufl.). Weinheim: Beltz Verlag.
- Barkley, Russel A. (2011). *Das grosse ADHS-Handbuch für Eltern. Verantwortung übernehmen für Kinder mit Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperaktivität* (3. Aufl.). Bern: Verlag Hans Huber.
- Benasayag, Miguel; Schmit, Gérard (2007). *Die verweigerzte Zukunft. Nicht die Kinder sind krank, sondern die Gesellschaft, die sie in Therapie schickt*. München: Verlag Antje Kunstmann GmbH.
- Blech, Jörg (2012, 2. Feb.). Schermut ohne Scham. *Der Spiegel*, 2012 (Nr. 6), 122-131.
- Bucher, Lukas (2012, 5. Juli). „Manche Schulpsychologen würden Ritalin kaum empfehlen“. *Tages-Anzeiger*, fehlende Seitenangabe.
- Bundesamt für Gesundheit [BaG]. (2012). *Bulletin 26/12*. Gefunden am 30. Mai 2012, unter <http://www.bag.admin.ch/dokumentation/publikationen/01435/11505/12789/index.html?lang=de>
- Cassée, Kitty (2007). *Kompetenzorientierung: eine Methodik für die Kinder- und Jugendhilfe. Ein Praxisbuch mit Grundlagen, Instrumenten und Anwendungen*. Bern: Haupt.
- Finger, Gertraud (2008). „Mutters trauriges Gesicht macht mir Angst“. In Gertraud Finger & Traudel Simon, *Was auffällige Kinder uns sagen wollen. Verhaltensstörungen neu deuten* (3. Aufl., S. 82-93). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Flammer, August (2009). *Entwicklungstheorien. Psychologische Theorien der menschlichen Entwicklung* (4. Aufl.). Bern: H. Huber.
- Fröhlich-Gildhoff, Klaus; Rönau-Böse, Maïke (2009). *Resilienz*. München: Ernst Reinhardt.
- Fromm, Erich (2006). *Haben oder Sein*. Wien: Verlag Carl Ueberreuter.
- Gillet, Jean-Claude (1998). *Animation. Der Sinn der Aktion*. Luzern: Verlag für Soziales und Kulturelles.

- Glaeske, Gerd. (2009). *Wo die starken Kerle wohnen. Diagnose: ADS-was hilft wirklich? Markus Lanz Diskussion* [Dokumentation]. Deutschland: ZDF, kfw.
- Göppel, Rolf (2011). Resilienzförderung als schulische Aufgabe?. In Margherita Zander (Hrsg.), *Handbuch Resilienzförderung* (1.Aufl., S. 383-406). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Grolle, Johann; Shafy, Samiha (2012, 30. Juli). „Nachhilfe statt Pillen“. *Der Spiegel*, 2012 (Nr. 31), 94-97.
- Gruntz-Stoll, Johannes (2009). Schreiliesel, Struwelpeter & Co. In Christine Meier-Rey (Hrsg.), *Schwierige Zeiten – schwierige Kinder. Von Herausforderungen für Kinder und Jugendliche durch Globalisierung und Neoliberalismus* (1. Aufl., S. 163-175). Bern: Haupt Verlag.
- Häberli-Nef, Ursula (2009). *Sicherer Umgang mit AD(H)S. Kinder besser verstehen und gezielt unterstützen*. Stuttgart: Urania Verlag.
- Hafen, Martin (2005). *Soziale Arbeit in der Schule zwischen Wunsch und Wirklichkeit. Ein theoriegeleiteter Blick auf ein professionelles Praxisfeld im Umbruch*. Luzern: interact.
- Hafen, Martin (2010). Die Soziokulturelle Animation aus der systemtheoretischen Perspektive. In Bernard Wandeler (Hrsg.), *Soziokulturelle Animation. Professionelles Handeln zur Förderung von Zivilgesellschaft, Partizipation und Kohäsion* (S. 157-200). Luzern: interact.
- Hangartner, Gabi (2010). Ein Handlungsmodell für die Soziokulturelle Animation zur Orientierung für die Arbeit in der Zwischenposition. In Bernard Wandeler (Hrsg.), *Soziokulturelle Animation. Professionelles Handeln zur Förderung von Zivilgesellschaft, Partizipation und Kohäsion* (S. 265-322). Luzern: interact.
- Hartmann, Thom (2009). *Eine andere Art, die Welt zu sehen. Das Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom („ADD – Attention-Deficit-Disorder) ADD* (12. Aufl.). Lübeck: Verlag: Schmidt-Römhild.
- Haubl, Rolf; Liebsch, Katharina (2009). „Wenn man teuflisch und wild ist“. In Rolf Haubl, Frank Dammasch & Heinz Krebs (Hrsg.), *Riskante Kindheit. Psychoanalyse und Bildungsprozesse* (S. 129-163). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH.
- Hoffmann, Heinrich (ohne Datum). *Der Struwelpeter*. Frankfurt: Loewes Verlag Ferdinand Carl.
- Holtmann, Martin (ohne Datum). *Was macht Kinder mit ADHS stark? Entwicklung zwischen Risiko und Resilienz*. Unveröffentlichte Powerpoint Präsentation. LWL-Universitätsklinik der Ruhr-Universität Bochum.
- Hug, Annette (2007). Partizipation. In Alex Willener, *Integrale Projektmethodik für Innovation und Entwicklung in Quartier, Gemeinde und Stadt* (S. 58-68). Luzern: interact.
- Hunziker, Urs. (2011). *Hyperaktive Kinder* [Dokumentation]. Zürich: SF DOK.
- Husi, Gregor (2010). *Werte und Normen im menschlichen Zusammenleben*. Unveröffentlichtes Unterrichtsskript. Hochschule Luzern Soziale Arbeit.

- Hüter, Gerald. (2009). *Wo die starken Kerle wohnen. Diagnose: ADS-was hilft wirklich?* Markus Lanz *Diskussion* [Dokumentation]. Deutschland: ZDF, kfw.
- Jaun, Thomas (2001). *Angst vor Kindern? Die Notwendigkeit der Kinderpartizipation und Wege dazu*. Bern: Verlag für Soziales und Kulturelles.
- Klaes, Christine (2004). *Chaos-Kids. So werden schwierige Kinder gemeinschaftsfähig*. Wuppertal: R. Brockhaus Verlag.
- Lindgren, Astrid (1986). *Als Klein-Ida auch mal Unfug machen wollte*. Hamburg: Verlag Friedrich Oetinger.
- Meier, Ulrich (2011). Wie können Kinder und Jugendliche innere Stärke entwickeln? In Andreas Neider (Hrsg.), *Krisenbewältigung, Widerstandskräfte, Soziale Bindungen im Kindes- und Jugendalter* (1. Aufl., S. 139-172). Stuttgart: Verlag Freies Geistesleben.
- Metzger, Marius (2012). *Peer-Involvement*. Unveröffentlichte Modulunterlagen. Hochschule Luzern Soziale Arbeit.
- Meyer, Peter C. (2011). *Gesellschaftliche Hintergründe der Medikalisierung*. Gefunden am 20. November 2012, unter http://www.bag.admin.ch/suchen/index.html?lang=de&page_num=3
- Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin [NEK-CNE]. (2011). *Über die „Verbesserung“ des Menschen mit pharmakologischen Wirkstoffen. Stellungnahme Nr. 18/2011*. Gefunden am 17. Nov. 2012, unter http://www.bag.admin.ch/suchen/index.html?lang=de&page_num=3#volltextsuche
- Opp, Günther (2009). *Erst kommt Positive Peerkultur – dann Matheunterricht. Interview mit dem Erziehungswissenschaftler Günther Opp über Stärken von Kinder und Jugendlichen*. Gefunden am 23. Dezember 2012, unter <http://bildungsklick.de/a/68401/erst-kommt-die-positive-peerkultur-dann-der-matheunterricht/>
- Pianta, Robert C.; Stuhlman, Megan W. & Hamre, Bridget K. (2007). Der Einfluss von Erwachsenen-Kind-Beziehungen auf Resilienzprozesse im Vorschulalter und in der Grundschule. In Günther Opp & Michael Fingerle (Hrsg.), *Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz* (2. Aufl., S.192-211). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Roos, Stefanie; Grünke, Matthias (2011). Resilienz in Förderschulen. In Margherita Zander (Hrsg.), *Handbuch Resilienzförderung* (1. Aufl., S. 407-433). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Rosenberger, Stefan (2005). *Soziale Probleme und interprofessionelle Kooperation. „Das Menschenbild in der Sozialen Arbeit“*. Tagungsband. Fachtagung Fachhochschule Zürich, Hochschule für Soziale Arbeit.
- Rossi, Piero (2012). *ADHS*. Gefunden am 29. Mai 2012, unter http://adhs.ch/wp-content/uploads/2012/12/eBook-ADHS.ch_.pdf

- Rothenberger, Aribert; Neumärker, Klaus-Jürgen (2005). *Wissenschaftsgeschichte der ADHS – Kramer-Pollnow im Spiegel der Zeit*. Darmstadt: Steinkopff Verlag.
- Schmela, Martin (2004). *Vom Zappeln und vom Philipp. ADHS: Integration von familien-, hypno- und verhaltenstherapeutischen Behandlungsansätzen* (1. Aufl.). Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag.
- Spierts, Marcel (1998). *Balancieren und Stimulieren. Methodisches Handeln in der soziokulturellen Arbeit*. Luzern: Verlag für Soziales und Kulturelles.
- Steinhausen, Hans-Christoph (2005). *Die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS) – Empfehlungen*. Gefunden am 30. Mai 2012, unter <http://www.bag.admin.ch/shop/00054/00185/index.html?lang=de>
- Stollhoff, Kirsten. (2009). *Wo die starken Kerle wohnen. Diagnose: ADS-was hilft wirklich? Markus Lanz Diskussion* [Dokumentation]. Deutschland: ZDF, kfw.
- Swissmedic (ohne Datum). *Fragen und Antworten zum richtigen Gebrauch von Präparaten mit Methylphenidat bei der Behandlung der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)*. Gefunden am 30. Mai 2012, unter <http://www.swissmedic.ch/marktueberwachung/00091/00092/01375/index.html?lang=de>
- Wälli-Dabrowska, Elzbieta (ohne Datum). *Das „andere“ POS – oder das hypoaktive, ruhige POS/ADS Kind*. Gefunden am 30. Mai 2012, unter http://www.elpos-zentralschweiz.ch/dokumente/das_andere_pos_kind.pdf
- Wettstein, Heinz (2010). Hinweise zu Geschichte, Definitionen, Funktionen... In Bernard Wandeler (Hrsg.), *Soziokulturelle Animation. Professionelles Handeln zur Förderung von Zivilgesellschaft, Parzipation und Kohäsion* (S. 15-60). Luzern: interact.
- Winterhoff, Michael (2009). *Tyrannen müssen nicht sein. Warum Erziehung allein nicht reicht – Auswege* (3. Aufl.). Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- Winterhoff, Michael (2011). *Lasst Kinder wieder Kinder sein. Oder: Die Rückkehr zur Intuition* (1. Aufl.). Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- Woitinas, Siegfried (2011). *Wer sind die Indigo-Kinder? Herausforderungen einer neuen Zeit* (9. Aufl.). Stuttgart: Verlag Urachhaus.
- Wustmann, Corina (2011). *Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern* (3. Aufl.). Berlin: Cornelsen.

9. Anhang

9.1. Kriterienübersicht nach DSM-IV

Eine **ADHS-Diagnose nach DSM-IV** wird gestellt, wenn **A1** und/oder **A2** sowie zusätzlich **B**, **C**, **D** und **E** zutreffen.

„A1 Unaufmerksamkeit“

Sechs (oder mehr) der folgenden Symptome von Unaufmerksamkeit sind während der letzten sechs Monate in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessen Ausmass vorhanden gewesen:

- beachtet häufig Einzelheiten nicht oder macht Flüchtigkeitsfehler bei den Schularbeiten, bei der Arbeit oder bei anderen Tätigkeiten
- hat oft Schwierigkeiten, längere Zeit die Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder beim Spielen aufrechtzuerhalten
- scheint häufig nicht zuzuhören, wenn andere ihn/sie ansprechen
- führt häufig Anweisungen anderer nicht vollständig durch und kann Schularbeiten, andere Arbeiten oder Pflichten am Arbeitsplatz nicht zu Ende bringen (nicht aufgrund oppositionellem Verhaltens oder Verständigungsschwierigkeiten)
- hat häufig Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren
- vermeidet häufig, oder hat eine Abneigung gegen oder beschäftigt sich häufig nur widerwillig mit Aufgaben, die länger dauernde geistige Anstrengungen erfordern (wie Mitarbeit im Unterricht oder Hausaufgaben)
- verliert häufig Gegenstände, die für Aufgaben oder Aktivitäten benötigt werden (z.B. Spielsachen, Hausaufgabenhefte, Stifte, Bücher oder Werkzeug)
- lässt sich oft durch äussere Reize leicht ablenken
- ist bei Alltagstätigkeiten häufig vergesslich

A2 Hyperaktivität und Impulsivität

Sechs (oder mehr) der folgenden Symptome der Hyperaktivität und Impulsivität sind während der letzten sechs Monate beständig in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmass vorhanden gewesen:

Hyperaktivität

- zappelt häufig mit Händen oder Füßen oder rutscht auf dem Stuhl herum
- steht in der Klasse oder in Situationen, in denen Sitzen bleiben erwartet wird, häufig auf
- läuft herum oder klettert exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist (bei Jugendlichen oder Erwachsenen kann dies auf ein subjektives Unruhegefühl beschränkt bleiben)
- hat häufig Schwierigkeiten, ruhig zu spielen oder sich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen

- ist häufig "auf Achse" oder handelt oftmals, als wäre er/sie "getrieben"
- redet häufig übermässig viel

Impulsivität

- platzt häufig mit Antworten heraus, bevor die Frage zu Ende gestellt ist
- kann nur schwer warten, bis er/sie an der Reihe ist
- unterbricht und stört andere häufig (platzt z.B. in Gespräche oder Spiele anderer hinein)

B

Einige Symptome der Hyperaktivität-Impulsivität oder Unaufmerksamkeit, die Beeinträchtigungen verursachen, treten bereits vor dem Alter von sieben Jahren auf

C

Beeinträchtigungen durch diese Symptome zeigen sich in zwei oder mehr Bereichen (z.B. in der Schule bzw. am Arbeitsplatz und zu Hause)

D

Es müssen deutliche Hinweise auf klinisch bedeutsame Beeinträchtigungen in sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsbereichen vorhanden sein

E

Die Symptome treten nicht ausschliesslich im Verlauf einer sog. tiefgreifenden Entwicklungsstörung, einer Schizophrenie oder einer anderen psychotischen Störung auf und können auch nicht durch eine andere psychische Störung besser erklärt werden (z.B. Affektive Störung, Angststörung, Dissoziative Störung oder eine Persönlichkeitsstörung)"

9.2. Fachpool Gespräch

mit Dr. med. Madeleine Altorfer – Pfander, Kinder-und Jugendpsychiaterin in Bern

ADHS

- **Mit welcher Altersgruppe hast du hauptsächlich zu tun?**
Ab ca. den 3 bis 25 Jährigen Kindern und Jugendlichen. Die Adoleszenz ist erst Mitte 20 mehr oder weniger abgeschlossen.
- **Welche Formen von ADHS triffst du an?**
Vor allem hyperaktiven Kinder und Jugendliche. Der Grund dafür ist, dass diese am meisten auffallen und stören, im Gegensatz zu den hypoaktiven Kindern und Jugendlichen von denen viele Mädchen diese Symptome aufweisen.
- **Wie arbeitest du mit ADHS-Kindern/Jugendlichen?**
Systemisch. Das heisst, die Eltern, LehrerInnen, Psychiatern, Beistände etc. werden in die Arbeit mit einbezogen und das ganze Netz um das/die Kind/Jugendlichen herum wird erfasst. Die Einzelarbeit mit dem Kind/Jugendlichen ist sehr wichtig um eine Beziehung aufzubauen.
- **Was sind die Schwierigkeiten und Herausforderungen dabei?**
Es gibt immer wieder Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit anderen Fachpersonen. Manchmal sind es auch Väter, welche nicht akzeptieren können, dass ihr Kind psychiatrische Hilfe braucht. Das Bild des Psychiaters ist bei manchen immer noch ein altes.
Die Herausforderung ist vor allem bei Jugendlichen sie zu »knacken«. Dazu muss man aufrechtes Interesse am anderen Menschen haben.
- **Welches Menschenbild und welche Werte liegen deiner Arbeit zu Grunde?**
Ein humanistisches Menschenbild. Der Glaube an das Gute im Menschen ist für diese Arbeit essentiell. Man darf nicht werten oder urteilen, alle Menschen haben denselben Wert, ob jetzt jemand auf diesem blauen Stuhl sitzt (der blaue Behandlungsstuhl von Madeleine Altorfer – Pfander ist hier gemeint) oder als Putzkraft arbeitet.
- **Was sind mögliche Ursachen?**
Die Ursachen sind nach heutigem Wissensstand genetisch bedingt. Die Umwelteinflüsse aber spielen nach wie vor eine grosse Rolle. Zum Beispiel die Hektik unserer Zeit, die Medien, das Fernsehen, die Reizüberflutung von allen Seiten, welche die Kreativität beeinflusst.
- **Ist das ein Problem der Kinder/Jugendlichen oder der Gesellschaft, des Systems?**
»Eine objektive Wirklichkeit gibt es nicht, sie entsteht im Auge des Betrachters« (Quelle unbekannt). Das Problem liegt irgendwo dazwischen. Denn ADHS ist eine Abweichung des Wunschprogramms und wenn die Normen aufgelockert werden, kann man die Vielfalt der Menschen erkennen und akzeptieren ohne Stempel aufzudrücken, sondern diese deskriptiv sehen.
Die Stärken der ADHS Kinder und Jugendlichen werden kaum beachtet, sondern es werden die Schwächen hervorgehoben. Dabei sind diese Kinder und Jugendlichen durch ihre Art sehr Begeisterungsfähig. Sie suchen körperliche Nähe, was als Distanzlos gesehen wird. Durch ihre sensible Aufmerksamkeit bekommen sie viel mehr Informationen von ihrem Umfeld.

Medikamente und Behandlungsformen

- Welche alternative Behandlungsformen gibt es und wie setzt du sie ein?
Es gibt verschiedene Alternativen von Homöopathie bis zu Massagen. Diese setzt Madeleine Altorfer –Pfander zuerst ein und oft zeigen diese Behandlungsmethoden Wirkung. Früher hat sie die Verschreibung von Ritalin oder Concerta ganz abgelehnt.
- In wie vielen Fällen verschreibst du Medikamente?
Sie verschreibt so wenig Medikamente wie möglich, aber wenn, dann wenn die Leiden des Kindes zu gross sind und um weiteren Schaden zu vermeiden, damit nicht andere inkompetente Fachkräfte undifferenziert Medikamente verschreiben.
- Wie bewertest du aus deiner Sicht den heutigen Umgang mit Methylphenidat?
Eine differenzierte Einsetzung ist sehr sinnvoll, zum Beispiel wird geschaut, an welchen Tageszeiten braucht das Kind wie viel mg, an den Wochenenden oder in den Ferien wird dann auch ausgesetzt. Das wird leider nicht mehr häufig gemacht, denn es ist zeitaufwändig und kompliziert. Es gibt immer wieder neue Produkte die auf den Markt kommen und sie sind teuer, damit wird viel Umsatz gemacht und die Pharmaindustrie macht Werbung für eine einfache Verabreichung.

Handlungsmöglichkeiten

- Wie wäre eine Zusammenarbeit zwischen Psychiatrie und Animation sinnvoll zu gestalten?
Eine Zusammenarbeit ist unabdingbar. Man muss sie Eltern und die Professionellen der Psychiatrie und der Animation sensibilisieren für einen Austausch. Dies können zum Beispiel Supervisionen oder Vorträge sein.
- Welche Anregungen für die Praxis der Animation gibst du mit auf den Weg?
Die Soziokulturelle Animation ist eine Chance für die Kinder und Jugendlichen korrigierende Erfahrungen zu machen, ohne Druck und Leistung. Die Animation bewusst eine Insel darstellen, wo die Kinder und Jugendlichen nicht müssen aber anderes können. Sie können anderes erleben und nicht nur konsumieren. Die Potenziale der Kinder können so gut genutzt werden. Die Animation darf sich nicht von aussen instrumentalisieren lassen.
Dazu sind natürlich die Unterstützung und die Ergänzung der Eltern wichtig, damit ein Ausgleich zwischen Alltag, Druck, Leistung und den Alternativen der Animation geschaffen werden kann.

Das Gespräch wurde nicht aufgezeichnet, die Autorin schrieb dieses Protokoll anhand der Notizen, die sie sich während des Gesprächs am 13. November 2012 machte.